

APR 28 1934

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: **Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

PUBLICAÇÃO MENSAL DA "SOCIEDADE EDITORA MEDICA LIMITADA"

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas : Por 1 anno . . . 30\$000. Por 2 annos . . . 50\$000.

Vol. XXVII

Março de 1934

N. 3

RECALCIFICANTE * HEMOSTATICO
ANTI-ANAPHYLACTICO * DIURETICO

EMOCAL ZAMBELETTI

VIA ENDOVENOSA — VIA INTRA-MUSCULAR — VIA ORAL

Ampolas de 2,5 — 5 — 10 cc. — Vidro com 60 comprimidos

NÃO PRODUZ A MENOR REACÇÃO

★

TRIOD ZAMBELETTI

Contém 3 átomos de Iodo ligados a 3 átomos de Azoto

PARA INJECCÕES INTRA-MUSCULARES E ENDOVENOSAS

1 cc. = 0,0254 GRMS. DE IODO ACTIVO

★

BISPHOL ZAMBELETTI

Phospho-bismuthato de Bismutho

Suspensão a 10 % em óleo de oliva e gemma de ovo desacidificados

PARA USO INTRA-MUSCULAR

NOTA — Pedir as novas ampolas com bolinhas de vidro, que asseguram
mais perfeita suspensão do bismutho.

TUSSAMAG

Bronchites, bronchiectasias, asthma, tosses rebeldes, coqueluche.
Acção secreto-motora dos elementos activos do *Thymus serpillum* e da
Castanea vesca (saponinas).
O mais energico expectorante especifico, inoffensivo, *sem entorpecentes*
e sem substancias nocivas ao rim e fígado.

BACILLOSAN (comprimidos)

Tratamento causal de todas as formas não gonorrheicas do fluor albus e
biologica desinfeção da vagina.
Composto de assucar de leite e raças electivas do *Bacillo lactico aeroge-*
nes, com pelo menos 11 mezes de vitalidade.

ORMICETAS

(Formiato de aluminio com addições estabilisadas que a contacto da
humidade decompõem-se produzindo espuma).
Exercitam sua influencia ao terreno cultural impedindo o desenvolvi-
mento dos bacterios, sem trazer prejuizos ao tecido doente, permittindo a
desinfeção biologica.
Indicações: Gynecologia: leucorrhéa, fluor post-gonorrheico (para ap-
plicações locais na vagina, molhar o bastonette previamente na agua) etc.
Oto-Laryngologia: angina, estomatites, ozena, inflamações do ducto auditi-
vo externo.
Odontologia: lesões depois da extracção de dentes, periostites, estomatites.
Cirurgia: contusões, feridas, queimaduras, panaricos.
Substitue a agua vegeto-mineral sem o perigo de intoxicações saturninas.

DYSENTULIN

(acido iodo-ortho-oxoquinolin-sulfonico).

Este producto é um *especifico contra a dysenteria amebiana* como o
quinino na malaría.
Ao contrario da emetina tem acção sobre os kystos e formas muito novas
das amebas, *impedindo a passagem da doença ao estado chronico*; não
apresenta phenomenos de intoxicação.
Therapia ideal para as formas agudas, chronicas e para a prophylaxia.

JOBRAMAG

Iodo 0,01 gr. Bromo 0,025 gr. Albumina 0,218 gr. cada dragea.
Tratamento muito efficaz com *doses minimas* de substancias activas na
hypertonia, arterio-sclerosis, angina pectoris, asthma bronchial, struma.

PUROSTROPHAN (Guestrow)

Cardiocinetico de acção prompta e segura, de uso endovenoso e oral, indi-
cado tambem nos casos em que outros preparados a base de digitalis são
contra-indicados. *Pode ser subministrado ininterruptamente* durante mui-
tas semanas sem provocar irritações no tubo digestivo.

REMEDIA

PAULINO AMBROGI & CIA. LTDA.

Caixa Postal, 3127 - S. PAULO - Phone 2-8004

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Publicação da "Sociedade Editora Medica Limitada"

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assignatura: Por 1 anno \$0\$000. Por 3 annos \$0\$000.

Vol. XXVII

Março de 1934

N. 3

Appendice cecal com dupla implantação (*)

Dr. Oliveira Pirajá

Cirurgião da Santa Casa

O caso que ora apresentamos, trata-se de uma "trouvaille" operatoria e que, a não ser a sua raridade, pouco interesse apresenta ao cirurgião. Si algum interesse existe, mais de perto falará ao anatomopathologista que ao cirurgião ou ao clinico.

Mas, apesar disso, resolvemos tornal-o publico. E isto por dois motivos: 1.º) a raridade excepcional de tal anormalidade, porquanto, na bibliographia, bastante numerosa, por nós manuseada encontramos apeans 2 citações de casos semelhantes (o notavel e alentado tratado de Kelly e Hurdon sobre o appendice não traz referencia a este facto e o Index medico, consultado de 1922 até esta data apenas menciona os 2 casos semelhantes, dos quaes fallaremos mais adiante) e os professores, collegas, cirurgiões, clinicos, anatomistas, histologistas ou embriologistas, aos quaes referimos a occurencia não se recordaram de já ter encontrado na pratica ou visto publicado caso identico; 2.º) o segundo motivo que nos moveu a apresental-o foi a obrigação que temos de imitar, nesse caso, o exemplo estrangeiro, e publicar o que de interessante acharmos na vida clinica, procurando, embora com o nosso grão de areia, contribuir para o desenvolvimento das nossas incipientes letras medicas.

(*) Communicação feita á Associação Paulista de Medicina.

O nosso caso pode resumir-se assim : tratava-se de uma moça, A. C., de 20 annos, solteira, que nos foi enviada, com indicação operatoria e com o diagnostico firmado de *Appendicite* pelo Dr. Brandino Genovese. Moça forte, de boa constituição, com cyclo menstrual normal, instalado aos treze annos, e antecedentes familiares e pessoais sem maior interesse. Na anamnese apenas referia uma colica forte em todo o baixo ventre, mais accentuada na fossa illiaca direita, cólica essa que sentia pela 1.^a vez e que se manifestou no dia 22 de Agosto p.p. A dor era acompanhada de nauseas e vômitos. Chamado o dr. Genovese, este diagnosticou "*appendicite*" e fez remover a doente para o Hospital.

Examinada por nós, no dia seguinte, notamos defesa abdominal, bem pronunciada na fossa illiaca direita, sensibilidade forte em Mac Burney e ausencia de meteorismo abdominal. Estando integro o hymen, procedemos ao toque rectal que, apesar de bastante difficultado pela defesa abdominal, nada revelou para o lado dos órgãos genitales internos.

Temperatura — de 36,8 e Pulso de 80.

Resolvemos proceder á intervenção, o que fizemos nesse mesmo dia, auxiliados pelo Dr. Potyguar Medeiros. Narcose pelo Balsoformio. Incisão de Jalaugier. Aberto o peritoneo e explorada a fossa illiaca, verificamos estar o cecum quasi inteiramente fixo, não sendo possível exteriorisal-o. Chamou-nos logo a attenção o aspecto local que não condizia com os symptomas agudos apresentados pela paciente. Procurando o appendice encontramos, depois de alguma difficultade, a sua base de implantação normal. Como fosse de todo impossível exteriorisar e mobilisar o cecum e não encontrassemos pela palpação digital a ponta do appendice, resolvemos proceder a sua extirpação pela técnica commum usada em taes casos, isto é, por via retrograda, ligando a base, seccionando-a, procedendo á invaginação do coto e indo a seguir dissecando o appendice até attingir a ponta e extirpá-lo. Para isso, no nosso caso, fomos obrigados a descollar o cecum, que se achava collado á parede.

Após termos dissecado uns 6 centímetros de appendice, retro-ceccal, ascendente, completamente adherente á parede ceccal mas de aspecto macroscopico normal, tivemos a surpresa de verificar que esse appendice penetrava de novo no cecum por nova implantação, em tudo semelhante á base que havíamos seccionado.

Não havia signal macroscopico de inflammação recente ou antiga, nem traço de fibrose que se pudesse observar a olho nú. Achando curioso o caso tivemos o cuidado de descascar, se me permittem o termo, o appendice e o cecum de sua serosa (de aspecto normal) junto dessa implantação atypica e verificamos que, pelo menos macroscopicamente as fibras musculares não apresentavam solução de continuidade do appendice para o cecum. Na falta de um appparelho photographico, para melhor documentação, chamamos alguns colegas para testemunharem o facto (entre outros os Drs. Alexandre e Paulo Yasbek, Dr. Guacy Teixeira, e outros) e resolvemos seccionar essa nova implantação e fazer nova invaginação. Ao proceder assim verificamos, por meio de uma tentacanalula que a luz do appendice tambem por esse orificio se communicava livremente com a cavidade ceccal. O periodo post-operatorio decorreu sem incidentes. A alça do appendice retirada foi por nós enviada ao Dr. Constantino Mignone que gentilmente a estudou, enviando-nos um bem feito relatorio, que aqui reproduzimos e que conclue pela existencia de um processo chronico de appendicite.

Nome : A. C.

N.º 4.768.

Clinica : II C. M.

Idade : 20 annos.

Operador : Dr. Oliveira Pirajá

Qualidade da peça : Appendice

Diagnostico clinico : Appendicite

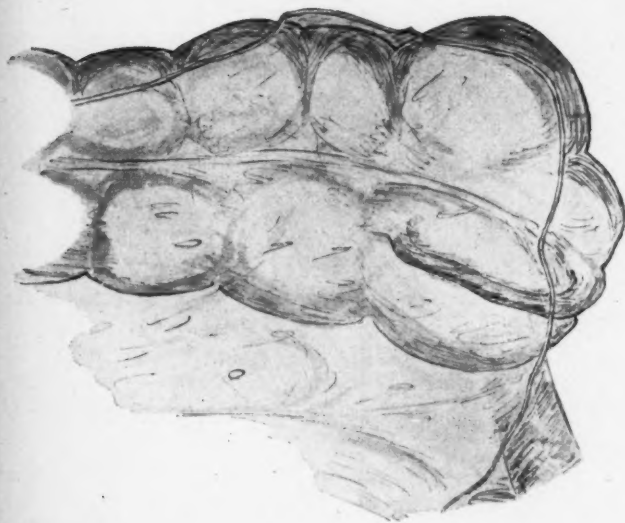
Dia da entrada : 26-8-1933.

Exame macroscopico : — Appendice medindo 5 cms. de comprimento por 7 mms. de diametro, na parte média ; nas extremidades o calibre diminue ; ambas as extremidades apresentam a luz em communicação com o exterior, não terminando em fundo de sacco, a extremidade distal. A superficie externa apresenta tratos de adherencias fibrosas rompidas. Ao córte, nada digno de nota, macroscopicamente.



**Fig. 1**

Microfotografia mostrando a infiltração inflamatória crônica nas camadas mucosa e sub-mucosa do apêndice.

**Fig. 2**

Face posterior do cecum, mostrando a posição em que foi encontrado o apêndice

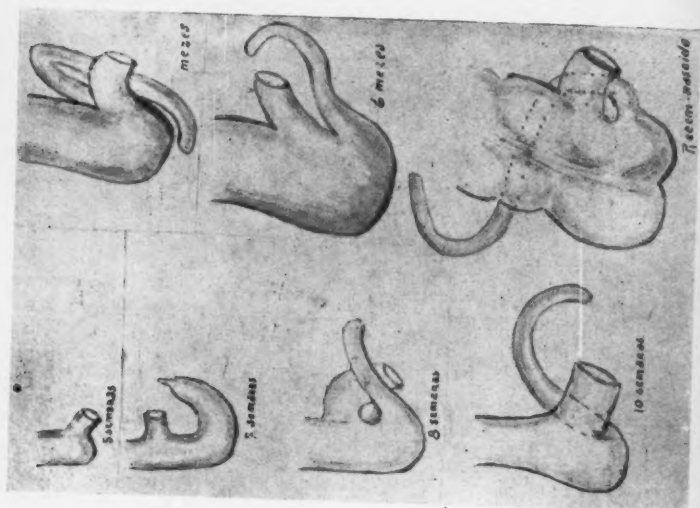


Fig. 4

Esquema do desenvolvimento ontogenético do apêndice.

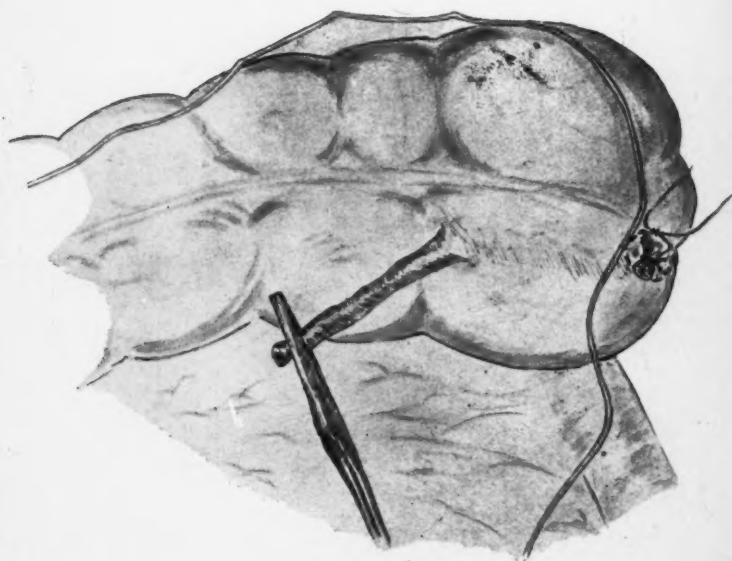


Fig. 3

O apêndice como se apresentava após seu deslocamento da face inferior do estômago.

preservava após seu descolamento da
face inferior da placa.

Esquema do desenvolvimento ontogenético do apêndice.

EXAME MICROSCOPICO — 1) *Corte ao nível da parte média do appendice*: — A mucosa de revestimento appendicular é de aspecto normal. Para o lado da sub-mucosa, espessada, observa-se uma reacção inflammatoria chronica, caracterizada por um tecido de granulação, mais evidente na porção mais interna desta camada e constituido por vasos neoformados, fibroblastos, fibras collagenas, lymphocytos, plasmocytos e granulocytos, principalmente eosinofilos. Na porção mais externa da sub-mucosa a evolução do tecido de granulação é mais adiantada, notando-se uma faixa densa de tecido collageno, infiltrado de células inflammatorias. Os vasos existentes nesta região apresentam uma infiltração parvi-cellular circumjacente.

2) *Corte ao nível das extremidades* — Nas extremidades proximal e distal do órgão o exame histologico revelou um quadro semelhante ao descripto para a parte média. Sobreleva notar ainda a ausencia das camadas musculares e serosa do órgão nas duas porções (proximal e distal), em quasi todo o contorno das côrtes, apparecendo estas camadas apenas em zonas limitadas. Esta ausencia das camadas muscular e serosa, com todas as probabilidades, deve-se attribuir ás lesões traumáticas durante o acto operatorio.

DIAGNOSTICO — Appendicite chronica.

São Paulo, 6 de Novembro de 1933.

(a) DR. CONSTANTINO MIGNONE.

Duas microphotographias illustram e confirmam os dados do relatorio do nosso illustre collega anatomo-pathologista.

Infelizmente o nosso dever de cirurgião não nos permittiu retirar uma peça de material que pudesse illustrar claramente esse curioso caso. A um collega, ao qual referimos o facto e que nos perguntou, com louvavel interesse scientifico, porque não haviamos retirado junto um pedaço do cecum, tivemos que responder galhofando: "Porque a barriga não era sua".

Os dois casos semelhantes a este, mencionados pelo Index Medico, são os seguintes: o primeiro, publicado por Andries e Marks, em Março de 1925, sobre um caso de appendicite perforada para o interior do ileo e consequente formação de fistula ileo-appendicular e o segundo, de Sannazzari, publicado nos Archivos Italianos de Cirurgia, (1927, n.º 18, pags. 321 a 326) e tem por titulo: "Um raro exito em appendicite: inclusão da ponta appendicular na parede e luz do cecum-colon ascendente". E', com pequenas differenças, um caso identico ao nosso: appendice retro-ceccal, directamente ascendente, de 5 cms. de comprimento e que após um processo inflammatorio agudo, evoluído numa mulher de 34 annos, se perforou para a luz do colon-ascendente ficando nelle incluído, com 1 a 2 cms. de sua porção terminal livre na cavidade intestinal, e sendo assim encontrado pela intervenção cirurgica. Sannazzari teve a mesma conducta que nós proprios, fazendo a secção das duas implantações e dupla invaginação do coto.

Apresentamos alguns desenhos em que procuramos dar uma idéa de posição em que se encontrava o appendice no nosso caso e suas 2 implantações.

* * *

Varias considerações poderíamos fazer sobre o caso, mas para não prolongar muito essa simples comunicação vamos apenas abordar ligeiramente a que nos pareceu mais interessante: essa anomalia de uma dupla implantação do appendice seria primitiva ou secundaria?

Não se pôde a nosso ver titubear na resposta: essa segunda implantação anormal encontrada, não pode ser sinão secundaria. Secundaria porque não se encontra ao estudar o desenvolvimento do appendice cecal, no embrião e no feto, nenhum facto, nenhuma explicação plausível em que se possa enquadrar como primitiva uma tal anomalia.

Consultamos a esse respeito o Prof. Carmo Lordy e seus assistentes e elles se manifestaram da mesma opinião.

Secundaria provavelmente a um abcesso da ponta que se tivesse rompido para o interior do cecum, dada a posição do appendice completamente acollado a esse órgão e a posição desse mesmo órgão, por sua vez fixo e collado á parede.

Isso explica não se ter evoluído um processo de peritonite.

Fala a favor dessa hypothese o relatório anatomo-pathologico que menciona a existencia da inflamação chronica e restos de adherencias fibrosas.

Sannazzari, estudando a etio-patogenia do seu caso, dá ao mesmo identica interpretação (aliás tinha havido surto inflammatorio agudo recente): abcesso de ponta, ruptura, perfuração do cecum e inclusão da ponta. Chama a atenção para o facto de não ter encontrado referencia alguma sobre caso identico na litteratura medica consultada. Affirma que o estudo da formação ontogenetica do appendice ileo-cecal, em nenhuma hypothese autoriza a classificação como primaria de uma tal anomalia.

A objecção que se poderia fazer da doente não referir no seu passado um unico signal que revelasse objectivamente um surto appendicular agudo não pôde subsistir. O aspecto macroscopicamente normal do appendice e do cecum, da serosa, que os recobria, a ausencia de qualquer manifestação macroscopica de processo inflammatorio, até as fibras musculares que pareciam se continuar do appendice para o cecum atravez da implantação anomala, tudo isso revela que o abcesso e consequente ruptura para a luz do cecum se deram num periodo remoto, provavelmente na infancia e possivelmente nos primeiros mezes de existencia, quando os phenomenos objectivos não podiam ser exteriorizados com clareza, e os symptomas abdominaes que porventura se manifestaram podiam ter sido confundidos com qualquer affecção do aparelho digestivo, communs na infancia. Como já disse, a posição do cecum e do appendice impedira a evolução de uma peritonite mais grave.

E os casos precocissimos de appendicite não são tão raros: já em 1870 Betz publicava um caso de perfuração appendicular e con-

Srs. Medicos!

Os productos biologicos (Soros e Vaccinas) do

INSTITUTO BUTANTAN

representam *garantia maxima*
para o tratamento
de seus doentes

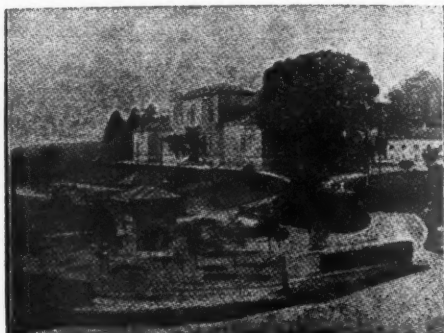
END

DEPOSITARIO:

JOÃO LOPES

RUA 11 DE AGOSTO, 29

SÃO PAULO



Nas complicações pulmonares postope-
ratorias *Cyclosol* é o remedio
heroico e sufficiente

 *Instituto Bioterapico Brasileiro*

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DR. A. MACIEL DE CASTRO Phco. **CLOVIS RIBEIRO VIEIRA**

Diplomados pelo Instituto de Manguinhos

*Para amostras e literatura, os Srs. Medicos poderão se dirigir ao representante
em São Paulo: T. NEUBERN — Telephone, 2-3898 — Caixa Postal, 1490*

Pneumocócos e processos infecciosos das vias biliares (*)

(nota clinica)

Dr. Mendonça Cortez

Chefe de Clinica Medica da Beneficencia Portuguesa

O caso que passamos a relatar foi por nós observado recentemente e leva-nos a trazê-lo a este Congresso apenas a raridade com que se depara tal quadro morbido em tais condições etiologicas.

A 18 de setembro p. p., ao meio dia, tivemos ocasião de observar pela primeira vez o paciente, em sua casa. Tratava-se de C. F. M., branco, brasileiro, com 28 annos de idade, casado. Sentado em uma poltrona, com o busto inclinado para a frente, o abdomen aconchegado a bolsa de agua quente, arrastada e morosa a palavra, o suor a escorrer-lhe da fronte, dava immediatamente a impressão de presa de dôr violenta e lancinante. A historia de sua enfermidade era simples: — em plena saude, fôra acometido uma semana antes por um resfriado aparentemente banal, com arrepios, dores vagas pelo corpo, defluxo, tosse, elevação de temperatura. O clinico que então o atendera achara apenas uma infecção gripal e a medicação instituida em poucos dias o havia melhorado dos primeiros sintomas. Mas, havia tres dias, não completamente desaparecidos esses ainda, surgira-lhe dôr violenta, continua mas com exacerbações paroxisticas, no hipocondrio direito, irradiando-se para o epigastrio e a espadua direita, acompanhada de sensação de peso ou distensão. O decubito era-lhe particularmente penoso, aliviando-o antes a posição assentado em que o encontrâmos. Não havia vomitos, intestino livre pelo uso de laxantes diarios, temperatura oscilando nos ultimos dias, irregularmente, entre 37° e 39°,5, anorexia completa; transpiração abundante, particularmente de noite; diurese aparentemente normal; tosse quasi completamente desaparecida.

Interrogatorio sobre antecedentes pessoaes afirmava apenas uma congestão pulmonar anos antes, ausencia completa de qualquer antecedente hepático ou mesmo dispeptico, a não ser certa intolerancia para ingestão de ovos. Igualmente, antecedentes hereditarios sem interesse para o caso, particularmente quanto a hepatismo.

O primeiro exame do doente mostrou-nos então: temperatura 38°,4; pulso, 100; presença de ligeira ictericia conjuntival; signaes discretos de bronquite; nada de interesse para o lado de outros órgãos, mas a presença de um tumor aproximadamente do tamanho e forma de uma grande manga na região da vesi-

(*) Trabalho apresentado ao Congresso Medico Paulista, em novembro de 1933.

cula, extremamente doloroso á palpação, a qual determinava grande defeza muscular, completamente macisso á percussão, nitidamente distinto do fígado, que não parecia aumentado, movel com a respiração.

Ganhando terreno em nosso espirito como a mais viavel a h'pótese de um empiema da vesicula, aconselhámos ao doente sua immediata internação em hospital, para melhor estudo do caso e mais adequada conduta terapeutica, a ser indicada esta pela evolução que se seguisse.

Internado o doente pouco depois em nosso serviço da Beneficencia Portuguesa, mostrava uma contagem de globulos :

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Leucocitos. | 14.000 por mm ³ |
| Forma leucocitaria : | |
| Polinucleares neutrofilos. | 74,2 % |
| Polinucleares eusino-filos | 00,0 % |
| Polinucleares basofilos | 0,3 % |
| Limfocitos | 18,0 % |
| Monocitos | 7,5 % |

O exame da urina revelava apenas urobilinuria, ausencia de albumina e cilindros.

A bilirubina sanguinea attingia 4 milig.^o/₁₀₀, com um CA=0 (1) (Ponse Esquerdo).

A dosagem de albuminas do sangue mostrava 60,0^o/₁₀₀ grs. de proteinas totaes, com 33 grs. de serina e 27 grs. de globulina, seja S/G=1,2.

A pressão arterial era : Mx=140, Mm=80 (Pachon).

Estabelecida medicação anti-infecciosa (vacina anti-piogenia, coloidaes, urotropina por via venosa) e preventivos de insuficiencia hepatica (sôro glicosado hipertônico, insulina, extrato hepatico), applicações locaes de gelo, as dôres accusam-se cada vez mais, sendo pessima a noite.

No dia seguinte, ha queda da temperatura (36,8) mas elevação do pulso (100), agravamento ainda dos sinais locaes, o que nos fez exigir a presença de um cirurgião.

Visto o doente em conferencia com o Dr. B. Theobaldo Ferraz, comparilhado o diagnostico clinico por este cirurgião, tem-se por necessaria a intervenção operatoria immediata, e ás 6 horas da tarde é ela realisada.

O Dr. Ferraz, auxiliado pelo doutorando Jayme Rodrigues, pratica, sob anestesia local exclusiva, a laparotomia e encontra uma vesicula verdadeiramente enorme, de tamanho e côr de uma beringela, segundo uma sua feliz comparação. E' feita uma colecistostomia, e são retirados da vesicula para mais de 400 cc. de uma bile esverdeada escura, tendo em suspensão flocos de pús. O fígado encontra-se aparentemente normal, ligeiramente aumentado de volume. Tanto quanto é possível explorar-se, não ha calculos.

Antes da colecistostomia, é retirada, por punção da vesicula, uma certa quantidade de bile para exame bacteriologico. Como a vesicula fosse enorme, é excisada parte, a qual se destina a exame histopatologico (2).

(1) CA = Coeficiente de adsorção = relação entre bilirubina adsorvido e total (Weltmann e Tost).

(2) O laudo do exame anatomo-patologico que devemos á gentileza do Dr. J. R. Meyer, reza o seguinte :

EXAME N.º 2.521

Homo : (C. F. M.).

Procedencia : B. Portuguesa (Dr. B. Ferraz).

Diagnostico clinico : Empiema da vesicula.

Diagnostico operatorio : Hydropisia da vesicula com pneumococcus em grande quantidade. Vesicula com 350 cc. de liquido, reduzida quasi só a serosa.

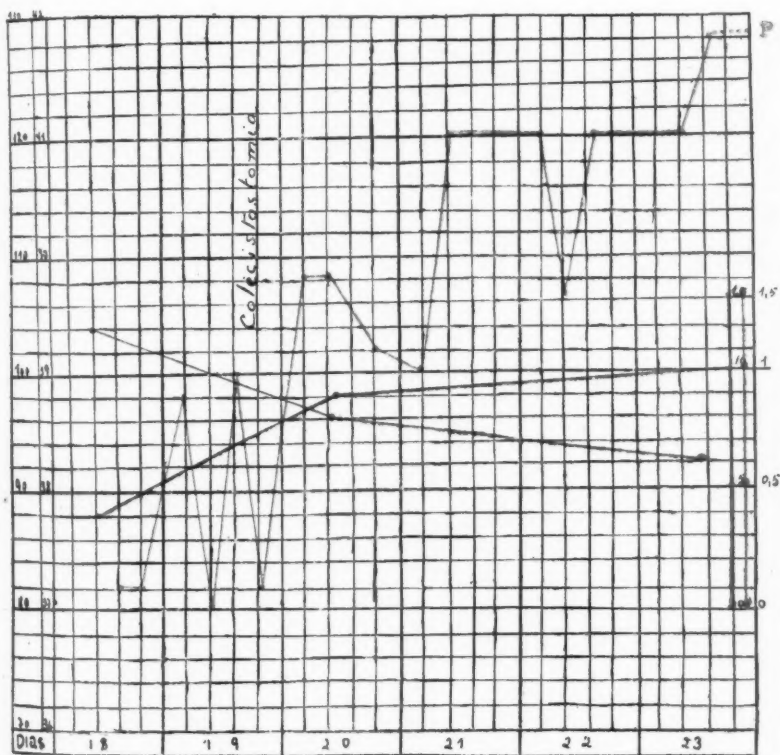
Exame microscopico : A porção correspondente á mucosa apresenta diversas erosões, e diversos campos em que os tecidos sub-epiteliaes se acham intensamente infiltrados por um exsudato sero-hemorrhagico. Nas malhas desse tecido assim inflamado vêm-se tambem muitos accumulos de linfocitos, de leucocitos neutrofilos e alguns accumulos de fibrina.

Diagnostico : Colecistite pneumococica. — (a) J. R. MEYER.

A intervenção é relativamente rápida (30 minutos), o doente suporta-a admiravelmente bem, dorme a noite inteira (o que ha dias não fazia) e na manhã seguinte, julga-se em vias de cura, censurando-nos risonhamente por antes não ter sido operado. O dreno vesicular funciona a contento, dando bile abundantemente, a qual é novamente aproveitada para exame bacteriologico.

HOSPITAL SÃO JOAQUIM (BENEF. PORT.)

Serviço clinica medica do Dr. M. Cortez



C. M.

— Bilirubinemia — Pulso
 — Temperatura — Relação serina/globulina

Na tarde desse dia, porém, 24 horas depois portanto da operação, ha elevação de temperatura, reaparece a tosse, mais persistente agora.

No dia seguinte, apesar do perfeito funcionamento do dreno, bronco-pneumonia franca, ictericia manifesta; instala-se o quadro do desfalecimento do miocardio e, apesar de todo o tratamento instituido, o doente vem a falecer no 4.º dia após a intervenção, embora os fenomenos abdominaes houvessem desaparecido por completo.

Sob o ponto de vista científico, o que nos interessou sobretudo no caso foi o aparecimento de uma colecistite aguda purulenta no decurso de uma infecção gripal e não nos foi pequena surpresa o seu agente etiológico: com efeito, o exame direto da bile colhida no ato operatorio mostrou-nos a presença de grande quantidade de pneumococos típicos, confirmada pelas culturas obtidas; o exame da bile colhida depois através da sonda, mostrou ainda o pneumococo, embora já então associado ao colibacilo; a evolução ulterior do caso, com a sua complicação terminal (bronco pneumonia) incrimina ainda o pneumococo tanto mais que este foi abundantemente encontrado nos escarros, quasi sem mistura de outros germens.

Infelizmente, não foi possível ao Dr. Rodrigues Netto, Diretor do Laboratório de Análises da Beneficência, que gentilmente fez todos os exames necessários ao caso, e particularmente a identificação do germen, estudar o tipo do pneumococo e a ação patogénica para o animal. Ora, sabendo-se da ação lítica exercida pela bile sobre o pneumococo, o que corriqueiramente é usado pelos analistas para o diagnóstico diferencial com o estreptococo, causa estranheza o ir encontrar-se o pneumococo em cultura pura justamente em meio bile: aos bacteriologistas, que não a nós, o explica-lo, mesmo porque deles são conhecidas raças de pneumococos não lisáveis pela bile.

O nosso caso é, pois, mais um a juntar-se aos já anteriormente descritos, de colecistite por pneumococos, mas raríssimos se comparados aos das colecistites produzidas pelos outros germens, particularmente estreptococos, bacilos tíficos, e colibacilo.

Mostra ainda a necessidade de se pensar em complicações para o lado da vesícula, no decurso das pneumococias. Ainda, julgamo-lo um belo exemplo de colecistite por via descendente, embora a hemoseadura que tentamos desse resultado negativo.

Por outro lado, sob o ponto de vista da insuficiência hepática, é interessante o estudo da bilirubina e das proteínas sanguíneas. Afigura-se-nos que a curva ascendente da bilirubina e a diminuição progressiva do coeficiente S/G (pela queda e alta progressivas respectivamente da serina e da globulina) traduzam a insuficiência progressiva da célula hepática, sentindo-nos tentados a vêr na ligeira hiperbilirubinemia inicial um aviso premonitório de hepatite satélite da colecistite, já então por ventura existente. O estado do doente não nos permitiu o emprego da prova da galactose, a qual, se concordante, daria grande valor a tal hipótese. Releva notar, no cmtanto, que taes provas afirmam, ainda no fim, a insuficiência hepática relativamente bem suportável, de acordo com o quadro clínico que dá a responsabilidade do exito letal ao processo bronco-pneumónico através do desfalecimento do miocárdio, feita a restrição de se encontrar sempre a inversão de S/G em período agónico ou pre-agonico, seja qual fôr a molestia em jogo.

RESUMO

O A. relata um caso de calecistite aguda purulenta, confirmada pela intervenção cirurgica e exame histopatologico, surgindo no decurso de uma infecção gripal e seguida de bronco-pneumonia terminal. O exame bacteriologico mostrou ser o agente em causa o pneumococo, chamando o Autor a atenção para as possíveis complicações vesiculares no decurso das penumococcias. O funcionamento hepatico foi julgado através a dosagem repetida da bilirubina e das proteínas do sangue.

RAIOS X

Dr. S. Vieira Franco

Radiologista pelo Instituto Holzknecht de Vienna

Praça Ramos de Azevedo, 16
Predio Gloria — 6.º andar

Telephone, 4-2191 — Resid. 4-7089
São Paulo

POÇOS DE CALDAS

ESTAÇÃO HIDRO-MINERAL E DE REPOUSO
A 1.200 METROS DE ALTITUDE

Aguas alcalino-sulfurosas hipertermais (44°)

Indicações: Reumatismos, molestias da pele, nevralgias, afecções das vias respiratorias superiores, afecções ginecologicas cronicas e sub-agudas, anemias, tratamento auxiliar da sífilis

TRES ESTABELECIMENTOS TERMAIS :

TERMAS ANTONIO CARLOS: com as seguintes secções: banhos sulfurosos, pulverisações, hidroterapia (compreendendo diferentes duchas), ducha-massagem, mecanoterapia, banhos de ar quente gerais e locais, banho carbo-gazoso, aéro-banho, duchas ginecologicas, massagens.

Com direção e assistencia medica permanentes

BALNEARIO DO PALACE HOTEL: Banhos sulfurosos.

BALNEARIO "MACACOS": Banhos sulfurosos a preços reduzidos.

Os medicos, bem como suas senhoras e filhos menores, têm direito a todo o serviço gratuitamente

CUIDADO

com as

imitações!

Imitações das peças Ford estão sendo vendidas por casas que não têm interesse algum pelo bom serviço dos carros Ford.

Peças Ford, quando não são legítimas, resultam em falsa economia. A força de trocá-las, em virtude da inferioridade de seu material, acaba-se gastando muito mais do que quando se usam unicamente as legítimas peças Ford.

Lembre-se, também, que as peças Ford legítimas só podem ser adquiridas nas agências Ford autorizadas.

FORD MOTOR COMPANY



A questão da drenagem após colecistectomia (*)

Dr. José Maria de Freitas

Tecnico-chefe do Laboratorio de Technica Cirurgica da Faculdade de Medicina

A drenagem do abdome após colecistectomia, vem sendo discutida em congressos e publicações, maximé nos ultimos 15 annos, sem ter saído ainda da ordem do dia, visto como sobre o assunto não se estabeleceu até o presente, uma opinião definitiva e unanime. Ela é indiscutivelmente uma indicação cirurgica que deve ser bem ponderada, não só pelas sequelas imediatas, como pelas consequencias tardias que acarreta.

Compulsando a abundante literatura sobre o assunto, encontramos autores numerosos, numa época caracterizada pela tendencia cada vez maior para o fechamento do abdome sem drenagem, que permanecem feis á velha idéa do dreno dito de "segurança" após a colecistectomia. Entre eles figuram Ropke da Escola de Riedel que discutindo o assunto relatado por Haberer no Congresso Alemão de Cirurgia em 1929, manifestou-se contrario á conveniencia de fechar o ventre após colecistectomia, e Fowler que depois de um estudo comparativo entre 543 casos drenados com 2,7% (15 mortes) e 240 casos não drenados com 3,33% (8 casos) de mortalidade, declara-se favoravel á drenagem, não só pelo fator mortalidade post-operatoria, como tambem pelo estudo dos resultados tardios obtidos. Para comparar esses resultados Fowler apresenta 406 casos drenados com mais de um ano de operados dos quais 94,8% dizem passar bem; 2,5% queixam-se de sintomas benignos e 2,7% dizem ter sintomas serios. Comparando estas porcentagens com uma análise semelhante de 134 casos drenados, observados de 1 a 8 annos após a intervenção, Fowler obtem uma notavel diferença em cada classe a favor dos casos drenados pelo que, diz:

"Quando se conclua, como no presente estudo, que numa serie de 240 casos a porcentagem de mortes é maior que numa serie mais

(*) Trabalho apresentado ao Congresso Medico Paulista "Secção de Medicina" em novembro de 1933.

longa de casos drenados, e quando se observa que os resultados tardios são melhores nos casos drenados, somos obrigados a afirmar que, apesar da tendência para não drenar, é mais sabio drenar". Wangenstein, tratando do assunto diz "A chamada colecistectomia ideal não é um processo seguro".

Grande numero de pacientes morre pelo derrame de bile nos casos não drenados. O derrame de bile pode ser precoce ou tardio. Quando ocorre logo após a ectomia é devido a lesões do leito hepatico ou a pequenos dutos aberrantes. A drenagem após colecistectomia é imperativa. Ella constitue uma garantia e não pode ser um perigo".

Em campo oposto encontramos Austoni, Baggio, Buchbinder, Cotte et Roland, Ritter, Schultz, Willis e Desmarest.

Buchbinder, revendo a literatura sobre o assunto diz: "Fica-se impressionado pelo fato de ha mais de 30 anos ser o processo empregado em grande numero de casos. Entre outros Witzel em 1905 publica uma serie de 500 casos em que o peritonio foi fechado sem drenagem, sendo apenas verificado um obito, cuja causa não determina. Witzel adverte que o maior perigo para o fechamento é o escape post-operatorio de bile e para evita-lo aconselha o fechamento do cistico por sutura de Lembert, seguida de peritonização do côto".

Em 1929, quando Haberer foi relator do assunto em Düsseldorf, referindo-se á sua experiencia pessoal de 804 ectomias da vesícula, afirma diminuir cada vez mais a indicação da drenagem, obtendo assim notavel redução da mortalidade global. Austoni em 1930 em relação ao tratamento fechado ou com drenagem diz: "Nossa experiencia pessoal fala decisivamente a favor da supressão do dreno. De facto, em 63 operados com drenagem a mortalidade foi de 7,9% e a média de hospitalização post-operatoria 29 dias, enquanto nas ectomias ideais (110 casos) a mortalidade fo de 1,8% e a média de hospitalização 14 dias. Além disso o decurso post-operatorio foi ideal na maioria dos casos, tudo correndo como nas apendectomias a frio. Quanto á causa dos dois obitos sobre os 110 operados: no primeiro não foi determinada pela autopsia porém não havia reação peritonial e foi atribuida a insuficiencia cardiaca; no segundo, foi devida a coleperitonite consequente á má ligadura do cistico que, aliás, já havia escapado no áto operatorio. Resumindo o estudo comparativo das duas series de casos, pode-se afirmar, diz Austoni:

- 1 — Com a drenagem os disturbios post-operatorios (dores na região operada, dispnéa, vomitos, retenção de gases) foram 3 vezes mais frequentes que após o fechamento do ventre, mais intensos e de maior duração.
- A broncopneumonia post-operatoria ocorreu em 6,3% dos casos drenados e apenas em 0,9% dos não drenados.
- 3 — A mortalidade foi 7,9% nos primeiros, 1,8% nos ultimos.
- 4 — O tratamento fechado acarretou, é verdade, a morte de um doente por coleperitonite, imputavel porém a um erro de tecnica,

mas de outro lado, a drenagem não salvou dois operados que morreram de peritonite septica biliar.

- 5 — Nos operados de colecistectomia ideal, excepto no caso de obito, não houve sintomas de escoamento tardio da bile, fáto que ocorreu em 10% dos operados com drenagem e em alguns 10 a 12 dias após a intervenção, muito provavelmente por queda da ligadura cística, determinada ou favorecida pela presença do dreno.

A media de hospitalização dos operados com drenagem supera o dobro da permanencia na clinica dos operados de colecistectomia ideal. Austoni chama a atenção para o fáto de haver entre os não drenados, casos numerosos em que a afecção datava de muitos anos, apresentando a maioria extensas e solidas adherencias. Muitos eram portadores de empiema da vesicula, tinham sequelas de formas supurativas ou apresentavam fistulas para o duodeno ou colon obrigando a intervenções complexas e atípicas.

Em 100 colecistectomias praticadas na clinica do Prof. B. Montenegro, entre janeiro de 1932 e abril de 1933 observamos o seguinte:

| | | | | | |
|----------------------|---|--|---|----------------------|-----|
| Colecistectomia | { | Por indicação primitiva | { | calculosas | 51 |
| | | | | não calculosas . . . | 29 |
| | | | | empiema da vesícula | 2 |
| | { | No decurso da gastrectomia | { | calculosas | 1 |
| não calculosas . . . | | | | 17 | |
| | | | | Total | 100 |
| Destes 100 casos | { | 3 foram drenados dando em média 20 dias de hospitalização post-operatória. | | | |
| | | 97 foram fechados sem drenagem dando em média 10 dias de hospitalização post-operatória. | | | |

Nos 100 casos houve duas mortes, ambas em casos não drenados, sendo "causa mortis", não controlada pela autopsia, adinamia cardíaca.

Embora os dados estatísticos acima relatados sejam favoráveis ao fechamento completo do ventre após colecistectomia, examinamos, antes de tomar partido em qualquer dos campos, o valor dos argumentos adotados para sustentar a necessidade da drenagem. Afirma-se que ela garante contra a eventualidade da formação de coleções sanguíneas, do escoamento de bile, de supuração no campo operatorio.

Estes acidentes são devidos a fatores que podem ser classificados como segue:

- | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|-------------------------|
| 1) Coleções hemáticas | { | a) sangramento do leito da vesícula | { | não ligada |
| | | b) hemorragia da cística | | após queda da ligadura. |
| | | c) hemorragia devida a variedade de distribuição dos vasos da região. | | |
| 2) Escoamento da bile | { | Dutos biliares acessórios | Laceração do leito da vesícula | { |
| | | cístico | | |
| | | mal ligado | queda da ligadura | |
| 3) Contaminadas por bile séptica durante o ato operatorio. | | | | |

O sangramento do leito hepático provém de laceração do fígado, durante o descolamento, ou de vasos hepatocísticos, artérias ou veias perfurantes, que da face aderente da vesícula penetram no fígado pelo leito hepático. Em geral de pequeno valor, o sangramento destes vasos é controlável por um tamponamento temporário ou, eventualmente, poderá ser dominado por ligadura se o cirurgião tiver presente a possibilidade de sua existência.

A hemorragia por falta de ligadura da cística pode ser levada à conta de falta de técnica e não deveria acontecer numa intervenção realizada com método e atenção. O caso da queda secundária da ligadura pode ser devido à má colocação da mesma, e então caímos num erro técnico, ou pode ser consequente a uma supuração local.

Si, teoricamente, esta eventualidade não pôde ser excluída, não há casos da mesma citados na literatura. São conhecidos no entanto casos de hemorragia provocada pela retirada do dreno, dos quais um, fatal, vem citado no trabalho de Austoni.

Quanto à hemorragia por variedade de distribuição da artéria cística, devemos ter presente que apenas em 88% dos indivíduos existe uma artéria cística única e que nestes casos nem sempre ela sai do ramo direito da hepática, seguindo seu trajeto normal. Em 12% dos casos há duas artérias císticas, que nem sempre são dadas pelo ramo direito da hepática. A lesão destes vasos não só pode produzir hemorragias dificilmente controláveis obrigando ao tamponamento, como também, mascarando o campo operatorio, pode ser a causa de pinçamentos e lesões das vias biliares extra hepáticas durante a operação.

Uma exposição e dissecação metódica pode evitar tais lesões e, conseqüentemente, a necessidade da drenagem.

De maior valor é a questão do escoamento da bile após a intervenção. Quanto ao que se processa em consequencia de pequenas lacerações do leito hepatico, ou de pequeninos canais aberrantes lançados directamente do figado á vesicula, pode ser despresado visto como é insignificante e por estar demonstrado, (Marinelli, Pettinari e outros) que derrames de bile estéril, pequenos ou medios, são bem tolerados não acarretando perturbações temiveis.

Aos que temessem a existencia dos dutos aberrantes, que segundo Flint existiriam em 15% dos casos, Austoni lembra a ligadura de todos os tractos suspeitos unindo a vesicula ao figado.

Quanto á bile escoada por um cístico não ligado, constitue um acidente serio que segundo Wangestein conduz fatalmente á morte por colemia quando o derrame se faz em peritonio livre.

Estes casos porém, dependem de um erro tecnico e não devem ser computados. A queda da ligadura do cístico pode ter lugar no decorrer do áto operatorio (manobras complementares sobre órgãos vizinhos acarretando trações) ou tardiamente por pressão constante da bile, ou por sepsis local acarretando distrubios no processo de cicatrização.

A queda immediata da ligadura não passará provavelmente despercebida ao cirurgião que, antes de fechar o ventre tiver o cuidado de verificar o estado do campo operatorio.

Quanto á queda tardia, Austoni não crê na possibilidade de efetuar-se por pressão da bile a não ser nos casos de obstrução da via principal, casos em que a condúta do cirurgião será naturalmente outra que a simples colecistectomia.

Quanto á possibilidade de queda por infecção local, naturalmente é para ser temida. No emtanto, grande numero de cirurgiões advo-ga o fechamento completo do ventre, após cuidados oportunos, nas intervenções por formas septicas em estado de virulencia não só no ambito das apendicites, anexites como tambem nas colecistites. Desta opinião são Schönbauer da clinica de Eiselsberg, Haberer e Olini.

Nos casos operados a frio, a maioria dos cirurgiões está de acordo em que a drenagem é desnecessaria mesmo na presença de reliquats de processos supurativos e isto porque não ha publicado caso de queda secundaria da ligadura ou supuração profunda em operados nos quais houve derrame do conteúdo da vesicula ou foi encontrado residuo de abcesso pericolecistico fóra do surto inflammatorio agudo; ao contrario, estas complicações foram observadas por Austoni, e outros em operados com drenagem e talvez a ela imputaveis.

Ritter afirma que a drenagem favorece a infecção secundaria; Haberer verifica nos casos drenados trombóse das veias femorais, fáto que não observou nos não drenados; Austoni acha que um dreno tubular colocado junto ao côto cístico será incapaz por si só de cortar a expansão de um escoamento que venha a ter lugar uma vez que deve lutar contra a gravidade.

Wolfer estudando a questão da ligadura do cístico após colecistectomia chega a conclusões que assim podem ser resumidas:

- a) Logo depois da colecistectomia o coto cístico é coberto por um exudato de globulos vermelhos, leucocitos e serum, os tecidos vizinhos aderem ao coto e este sofre necrose aseptica com infiltração leucocitaria e absorção parcial.
- b) A extensão da necrose depende da falta de irrigação sanguinea e será tanto maior quanto maior for a porção do duto dissecada.
- c) Poucos dias depois celulas jovens de tecido conjuntivo aparecem no exudato que entra, assim, em periodo de organização. Do que precede podemos concluir que um dreno pode atrapalhar a deposição e organização deste exudato e que sua retirada pode acarretar o deslocamento da proteção do cístico provocando ruptura do coto no ponto de necrose.

Das considerações feitas, podemos concluir ser absolutamente inutil a ligadura dupla do cístico, visto como o segmento situado além da ligadura proximal sofre, pelo fato mesmo desta ligadura, um processo de necrose aseptica.

Assim, o exame dos casos apresentados e o estudo critico dos argumentos favoraveis á drenagem permitem estabelecer que o fechamento total do ventre após colecistectomia é a conduta ideal, a ser cada vez mais ampliada desde que uma intervenção metódica e exata tenha sido realizada.

Como tecnica exata e mais aconselhavel recomendamos a ectomia retrograda com os seguintes detalhes tecnicos:

- 1 — Dissecção cuidadosa e exposição do cístico até a confluencia hepatocistica. Ligadura do cístico proximo á desembocadura, para que a ectomia possa ser considerada total e eficiente.
- 2 — Exposição e secção da arteria cistica entre 2 pinças; aqui cumpre verificar a existencia de variedades na distribuição das arterias.
- 3 — Ectomia sub-serosa da vesicula.
- 4 — Enterramento do coto cístico e peritonização do leito da vesicula.

Rua Oscar Freire, 369.

BIBLIOGRAPHIA

- AUSTONI, A. — La Clinica Chirurgica, 33 (6)-630, 94 - 1930.
BAGGIO, G. — Policl. Sez. Chir., T. 32 - 421 - 1926.
BUCHBINDER, J. R. — J. A. M. A. - 77 - 256 - 1921.
CRILE — 1914, N.º 18 - J. A. M. A.
COTTE, G. e ROLAND, H. — Rev. de Chir., Paris, 50 - 1.12 - 1931.
DESMAREST, E. — Journ. Chir., Paris - 30 - 641 - 1927.
FOWLER, R. S. — Ann. of Surg., 93 - 735. 48 - 1931.
HABERER, V. — Zentralb. f. Chir., 47 (51) - 1530 - 1920.
OLIANI, E. — Policlinico (Sez. prat.) 36 - 1505. 08 - 1929.

RICHTER and ZIMMERMANN — Ann. of Surg., 88 (2) — 187.99 — 1928.

RITTER — Zentralb. f. Chir., 48 — 305 — 1921.

ROPKE — Citado por AUSTONI.

SCHOENBAUER — Zentralb. f. Chir., Novembro 1926.

SCHULTZ — Zentralb. f. Chir., 48 — 369.70 — 1921.

WANGENSTEEN — Ann. of Surg., 84 — 691 — 1926.

WANGENSTEEN, O. — Ann. of Surg., 84 — 821 — 1926.

WILLIS, A. M. — Ann. of Surg., 66 — 411 — 1917.

WILLIS, A. M. — J. A. M. A., 69.1.943 — 1917.

WILLIS, A. — J. A. M. A., 76 — 712 — 1921.

WITZEL, O. — Zentralb. f. Chit., 33 — 865 — 1906.

WOLFER, J. A. — Sur. Gyn. Obst., 49 — 462.72 — 1929.



BIO-DUCO Uma nova formula que além de encerrar Vitaminas A, B e C, extrahidas por processo original "Duco", aliadas a elementos de alto valor na medicina, como o Hypophosphito de estrychnina. Vanadato de sodio e Marapuma, tem como base primordial o "Elixir de Cacau", rico em Vitaminas A e D, conforme attestam os Profs. Drs. Ulysses Paranhos, Emmil Heymann, Henry Labbé, Daniel Jacobson, Lassem, Boyton e Bradford e outros, em recentes trabalhos sobre o cacau na therapeutica.

AMOSTRAS E LITERATURAS Á DISPOSIÇÃO: DOMINGOS M. S. AYROSA BARRETO
AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 54-sob. Tel. 2-7206. S. PAULO — R. GENERAL CAMARA, 213-sob. Tel. 4-5186, RIO



OXY-IODETO DE BISMUTHO
— EM —

SUSPENSÃO OLEOSA

- * indolor —
- * sem anestésico —
- * atóxico —



SOCIEDADE
DE
PROD. PHARMACEUTICOS
"PAN" LTDA

CAIXA D. 1874-F
SAO PAULO



A eosinophilia sanguinea (*)

Prof. Samuel B. Pessôa

Cathedratco de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo

e

Dr. João Alves Meira

Assistente

III PARTE

Eosinophilia experimental

Até aqui relatámos factos e transcrevemos opiniões sobre os estados physiologicos ou contingencias morbidas em que a eosinophilia sanguinea pôde se apresentar no homem. Analysámos portanto nos artigos precedentes as mais importantes feições da alteração leucocyttaria em apreço e o modo de se comportar dos eosinophilos em condições que pôdem ser ditas naturaes. Nas linhas que se seguem, procuraremos resumir os conhecimentos que possuímos actualmente sobre as eosinophilias obtidas no campo experimental e as pesquisas que nesse dominio foram levadas a effeito justamente com o fim de, pela sua repetição e devida interpretação, se explicar a essencia, origens e causas das eosinophilias que surgem nas condições naturaes. Para facilidade de exposição, e sem nos preoccuparmos com a ordem chronologica dos factos adquiridos, podemos considerar as tentativas para a realisação da eosinophilia experimental, hematica ou textual, segundo foram estes ensaios praticados *in vivo* ou *in vitro*.

Entre as eosinophilias experimentaes *in vivo* commentaremos em separado e syntheticamente aquellas que se observaram *in anima nobili* e aquellas estudadas *in anima vili*.

Esta subdivisão, cujo intento é de ordem puramente didactica, parece razoavel em vista da existencia de uma longa serie de eventualidades que, julgadas num sentido muito extenso e geral, são equivalentes a verdadeiras experiencias sobre o homem.

(*) A Iª parte foi publicada em setembro de 1933; a II parte, em outubro de 1933.

Assim considerando, no primeiro grupo em que subdividimos a eosinophilia estudada *in vivo*, mencionaremos as eosinophilias que surgem no decurso de tratamentos por meio de ingestão ou injeções de substancias chimicas (arsenicaes, iodeto de potassio); aquellas verificadas sob a acção de productos biologicos (adrenalina, insulina, sôro antidiptherico, sôro normal); aquellas outras observadas durante a execução de certas provas clinicas diagnosticas (pilocarpina, adrenalina, tuberculina) e ainda aquellas sobrevindas no organismo humano após a ingestão involuntaria ou proposital de substancias toxicas (phosphoro), nas intoxicações profissionais (Vigliani recentemente considerou a eosinophilia sanguinea entre os signaes precoces de diagnostico da intoxicação saturnina), e tambem as eosinophilias que apparecem após certas intervenções operatorias (esplenectomia, pneumo-thorax).

Sobre a maior parte destas eosinophilias já fizemos ligeiras considerações na primeira parte deste nosso trabalho. Basta por isso que aqui lembremos algumas palavras sobre o comportamento dos eosinophilos nos casos agora citados e que não tinham sido ainda referidos. Para Eppinger e Hess as injeções de pilocarpina acarretam a excitação do vago e são seguidas do augmento dos eosinophilos sanguineos; a adrenalina de acção sympathicotropica determinaria pelo seu emprego a redução do numero daquellas cellulas no sangue circulante.

Então, para os mesmos autores, nos individuos sympathicotonicos, observar-seiam valores subnormaes para os eosinophilos emquanto nos parasympaticotonicos o facto opposto seria encontrado. Bertelli, Falta e Schweeger, após reconhecerem as relações neurohormonal e hematopoiese, confirmaram os resultados obtidos por Eppinger e Hess, adeantando mais que, nos sympathicotonicos physiologicos ou nos estados sympathicotonicos provocados por provas pharmacologicas, os eosinophilos podem mesmo desaparecer, emquanto no parasympaticotonismo ou após as provas pela pilocarpina, poder-se-ia encontrar uma primeira phase de eosinophilia e, a seguir, outra de aneosinophilia. As observações de Stäubli, Aschenhein e Torono negaram as verificações daquelles autores citados anteriormente pelos resultados oppostos a que chegaram, pois que não encontraram, sob a acção da pilocarpina, nenhum constante augmento dos eosinophilos. Do mesmo modo De Buen, citado por Asúa, estudando o assumpto, não encontrou tambem alterações para mais a favor do numero de eosinophilos em 10 casos de affecções do aparelho digestivo em que administrou injeções de pilocarpina.

Em individuos com taxa preexistente alta de eosinophilos, Barath, em data ulterior, injectando 0,01 de pilocarpina, observou, inversamente ao que se devia esperar, uma baixa e não um augmento numerico dos eosinophilos.

Tambem em relação com estas observações estaria o facto de certos autores (Chini) terem verificado em individuos vagotonicos

physiologicos o apparecimento de uma eosinophilia após a pesquisa do reflexo oculo cardiaco. Tal facto não seria então mais que o exagero de uma manifestação, por mais esta forma evidenciada, do typo constitucional neuro-vegetativo.

Os resultados contradictorios destes achados, a mesma contradicção observada em experiencias feitas em animaes, a disparidade por vezes observada entre as relações existentes entre a eosinophilia sanguinea de um lado, e aquellas mantidas entre o systema neuro-vegetativo e organs endocricos de outro, e ainda a reconhecida insufficiencia do conceito eschematico de antagonismo funcncional sympathico-parasympathico estabelecido por Eppinger e Hess, foram razões ponderaveis para que se afastasse a theoria nervosa, fundamentada na influencia vagal, como capaz de explicar as causas de eosinophilia. Entretanto, parece-nos, não se poder pôr á margem o papel desempenhado pelo systema neuro-vegetativo no apparecimento das eosinophilias, papel que deve ser todavia limitado ás relações inter-organicas existentes á custa deste systema ou, por outras palavras, exercido pelo poder de coordenação representado pelo proprio systema neuro-vegetativo como intermediario das correlações funcionaes mantidas entre os varios departamentos do organismo.

Assim, com respeito á eosinophilia, o systema neuro-vegetativo desempenharia um papel regulador como elle representa em varios phenomenos organicos quando, sob influencias particulares, suas actividades funcionaes são postas em jogo.

Desta forma a eosinophilia e o vagotonismo poderiam estar subordinados a estímulos communs capazes de agir simultaneamente sobre um e outro, sem que no emtanto elles sejam necessariamente condicionados por nexos de causa e effeito.

Em outra ordem de idéas, outros factos devem ser aqui lembrados. Assim é que nos diabeticos submettidos á insulina Lawrence e Buckley observaram com bastante frequencia o apparecimento da eosinophilia, facto muito interessante, pois não apresentam esta reacção hematica os diabeticos não sujeitos a insulinothérapie. Nestes casos os autores citados preferem admittir seja a eosinophilia o resultado da acção irritante da solução acida á introduccão de material proteico junto com a injectção.

O modo de ver dos citados autores é completamente diverso daquelle de Nathan, Nathan e Sack, Schlecht e outros, para quem a eosinophilia sanguinea que apparece após a administração de certos preparados essenciaes (neosalvarsan) é devida ás transformações das albuminas homologas do organismo pelas drogas injectadas.

De outro lado Pazzagli estudando a formula leucocytaria no decurso do tratamento de 21 casos de affecções cirurgicas (appendicite aguda, phlegmões, etc.) pela autohemotherapy, 20 dos quaes curados, verificou uma tendencia constante para a eosinophilia, sendo as outras alterações leucocytarias caracterisadas por hyperleucocytose e monocytose.

Merecem referencia especial neste ponto os effeitos do extracto esplenico desalbuminisado administrado por via parenteral sobre a eosinophilia sanguinea. Seu conhecimento se deve aos estudos de Mayr e Moncorps quando estes autores buscavam analysar as relações mantidas entre o baço e a eosinophilia. Como já tivemos occasião de acenar em outra parte deste trabalho, segundo Mayr e Moncorps, entre o baço e eosinophilia existiriam relações estreitas e certas, comquanto não completamente conhecidas na sua essencia. Como facto entretanto que, segundo aquelles autores, resalta das verificações clinicas e experimentaes, o baço por intermedio de seus productos de secreção interna exerceria um papel de frenação sobre o organo formador de eosinophilos, a medulla ossea, e, como resultado desta acção, os casos que retratassem uma hypofuncção esplenica seriam acompanhados de eosinophilia, o que não se verificaria quando predominasse aquella acção inhibidora.

De accordo com esta hypothese procuraram Mayr e Moncorps analysar o effeito do extracto esplenico (obtido por technica propria) em casos de dermatoses chronicas pruriginosas acompanhadas de eosinophilemia e, em alguns casos, tambem de eosinophilia local. Assim em casos varios de affecções cutaneas de natureza allergica e outros de origem parasitaria (sarna) em que existia eosinophilia sanguinea, a injeção de extracto esplenico foi sempre seguida da baixa do numero dos eosinophilos, sendo entretanto esta baixa condicionada pelo tempo de duração do effeito do extracto injectado e dependente, segundo a modalidade clinica da affecção, do numero e dos intervallos das injeções. Verificaram os autores, citados, como achado todo fortuito, pois que para isso não foram levados por qualquer idéa preconcebida, a acção therapeutica do extracto esplenico nas dermatoses por elles estudadas. Esta acção não só se evidenciou sobre a diminuição e mesmo desaparecimento das manifestações symptomaticas (prurido) como tambem sobre as proprias lesões cutaneas que, sob o tratamento esplenico continuado e exclusivo chegaram a curar-se.

Sobretudo interessantes foram estes resultados em um caso de eczema post-ichthyose e outro de erythrodermia exfoliativa acompanhada de pthyriasis rubra de Hebra, ambos casos rebeldes ás medicações classicas anteriormente ministradas. Neste ultimo caso Mayr e Moncorps puderam verificar, acompanhando por meio de biopsias praticadas antes e depois das injeções de extracto esplenico, que os eosinophilos sanguineos, antes fixados em altos valores percentuaes, voltaram ás cifras normaes, coincidindo com isto o quasi completo desaparecimento dos eosinophilos ao nivel da lesão cutanea antes do tratamento caracterizada histologicamente por intensa infiltração eosinophila.

Em vista da natureza allergica, diathetica, do grupo de dermatoses estudadas (urticaria, eczema, etc.), da frequencia da eosinophilia sanguinea nestes casos e do effeito da injeção de extracto esple-

nico sobre a reacção hemática, Mayr e Moncorps procuraram adduzir factos que puzessem em evidencia as relações existentes, de um lado, entre o baço e a eosinophilia e entre a eosinophilia e anaphylaxia, e, de outro lado aquellas, mantidas pelo baço na anaphylaxia.

Corroborariam para o estabelecimento destas illações factos verificados no campo experimental. Estes factos dizem respeito aos resultados identicos da injectão de extracto esplenico sobre as eosinophilias post-esplenectomias ou naquellas obtidas pela provocação do choque anaphylactico. Comquanto a injectão de extracto tivesse sobre ambas as eosinophilias um effeito transitorio, a sua administração era seguida de uma baixa do numero anteriormente elevado dos eosinophilos. Esta diminuição manifestava-se antes que decorressem 20 horas da injectão sendo que o numero dos eosinophilos chegava a uma taxa pouco superior á normal ou mesmo ao seu valor normal. De outro lado em animaes sensibilizados o extracto de baço injectado uma hora antes da injectão desencadeante teria o effeito de impedir completamente o apparecimento dos phenomenos anaphylacticos ou fazer com que estes só se manifestassem sob forma muito ligeira.

Muito interessantes são as eosinophilias que sobrevêm no homem quando submettido á esplenectomia ou á pratica do pneumothorax artificial. Já tivemos occasião de considerar as eosinophilias post-esplenectomias no homem e outras palavras ainda dedicaremos ao assumpto quando tratarmos das esplenectomias realizadas nos animaes.

Devemos entretanto fazer resaltar que no homem a esplenectomia é praticada muitas vezes em affecções do baço já por si acompanhadas de modificações da formula leucocytaria, o que então torna mais difficil a interpretação do resultado da extirpação do organo sobre as variações do quadro leucocytario. Foram justamente sobre casos desta natureza que tivemos occasião de nos referir, quando tratamos da questão da leucemia eosinophila. Ha casos entretanto em que a esplenectomia sendo praticada em baços physiologicamente normaes (rupturas, traumatismos) realisam no homem, verdadeiras esplenectomias experimentaes e estão, por conseguinte isentos da causa de erro acima apontada. Como exemplo de taes casos citamos os observados ha muito tempo por Audibert e Vallete, em que a esplenectomia fôra indicada por causa de uma facada do baço. Pois bem, neste caso, Audibert e Vallete notaram cinco dias após o acto cirurgico, uma taxa de 23% de esinophilos, taxa que seis mezes após a operação era de 6%.

Em contraposição com esta observação Milton W. Hall, que teve occasião, em data mais recente, de estudar as alterações do quadro leucocytario num caso em que praticou a esplenectomia indicada por uma ruptura traumatica do baço, não verificou, durante o longo tempo em que procedeu o exame hematologico do seu paciente, nenhum grau de eosinophilia.

Como dissemos temos que voltar mais tarde ao assumpto e reservaremos para então as considerações que o mesmo merece.

Não menos interessante e muito característica é a eosinophilia postpneumothoraxica bem estudada por Chini e depois delle por numerosos outros autores. Esta eosinophilia, segundo os autores que a têm observado, apparece logo depois de decorridas duas horas da pratica do pneumothorax artificial, tende a augmentar progressivamente nas seis horas successivas quando passa a decrescer gradualmente, voltando os eosinophilos á taxa normal só pouco depois de transcorridas as 24 primeiras horas. Para certos autores a eosinophilia post-pneumothorax é acompanhada de inversão da formula leucocytaemia e para outros ella é observada juntamente com uma monocytose. Para Pescatori esta eosinophilia seria proporcional, quanto á sua intensidade, á quantidade de ar injectado nas cavidades pleuraes. A eosinophilia é reacção hematologica verificada, não só após o pneumothorax artificial, como em seguida ao estabelecimento de um pneumothorax espontaneo ou traumatico. No campo experimental esta eosinophilia tem sido pesquisada em animais após o pneumothorax operatorio em pulmões sãos ou lesados particularmente com o fim de se procurar esclarecer o mecanismo de acção curativa da collapso-therapia em face das theorias mechanicas, circulatorias, humoraes ou immunitarias que procuram explicar aquella acção sem que comtudo tenham, no estado actual da questão, qualquer uma dellas esclarecido de vez o assumpto e concorrido satisfactoriamente para o accordo entre os autores.

Entre as eosinophilias que podem ser assimiladas ás eosinophilias experimentaes observadas no homem resta-nos por fim considerar aquellas sobrevindas em condições identicas no decurso de algumas infestações humanas provocadas por helminthos

Comquanto a historia do conhecimento do cyclo evolutivo de varios helminthos seja illustrada por numerosas tentativas de auto-infestação por parte dos pesquisadores ou dos individuos que voluntariamente se prestaram a estes estudos, são em numero reduzido os exemplos em que simultaneamente se verificou nestes casos o que occorria para o lado do quadro sanguineo e em particular para o modo de se comportar dos eosinophilos.

Alguns casos entretanto se conhecem em que estas condições foram realisadas.

Assim em 1905, Boycott, no 27.º dia que se seguiu á infestação de um individuo por via cutanea com larvas de *Ancylostoma duodenale*, observou o apparecimento de nitida eosinophilia sanguinea. Os eosinophilos que orçavam em 14% foram vistos depois na taxa de 45%.

Hayo Bruns e Müller, operando em identicas condições, verificaram egualmente em dois casos um augmento marcado do numero

dos eosinophilos, tendo observado respectivamente a taxa de 15% no fim de cinco semanas num caso e a de 20% para o outro. E' interessante fazer notar que, tanto no caso de Boycott como nos de Hayo Bruns e Müller, a eosinophilia appareceu antes que o exame das fezes revelasse a presença de ovos de *Ancylostoma*.

Schilling em seu livro já tantas vezes citado registra uma observação na qual se tratava de um caso de autoinfestação experimental por *Enterobius vermicularis*. Neste caso os eosinophilos attingiram a cifra de 28%, facto digno de nota tanto mais porque a helminthiase em questão se acompanha em regra, como vimos, de modico augmento da taxa de eosinophilos.

Como uma observação comparavel a uma prova experimental *in vivo*, é tambem digna de menção aquella da autoria de Weinberg de um caso de cysto hydatico do figado que fôra punccionado e no qual a punção determinou a formação de uma bolsa subcutanea cheia de liquido hydatico. Weinberg teve oportunidade de observar neste caso uma importante eosinophilia quando se processou a reabsorção do liquido.

Passando agora para a exposição do que se tem verificado realmente no campo experimental pelo estudo da eosinophilia *in anima vili* devemos, procedendo inversamente do que vimos fazendo até aqui, considerar, a titulo de um parenthesis, o modo de se comportar dos eosinophilos nos animaes, e, particularmente, por ser o ponto que mais de perto nos interessa, nos animaes naturalmente infestados por helminthos. Este conhecimento é de importancia pois elle nos orienta na interpretação das eosinophilias provocadas sobre bases experimentaes.

As cifras de eosinophilos variam muito nos animaes de especies differentes. E, nos animaes da mesma especie, o numero relativo e absoluto de eosinophilos sanguineos varia ainda de um animal para outro. O quadro abaixo resume segundo os dados colligidos de varios autores os valores tidos como normaes para os animaes domesticos mais communs e principalmente para aquelles considerados animaes de laboratorio. Como criterio entretanto estabelecido em hematologia e de accordo mesmo com estas variações do quadro hemoleucocytario, nas pesquisas levadas a effeito, a regra é a indagação prévia da formula sanguinea do animal de escolha para os trabalhos a se realizar, sem o que, fatalmente, se incorreria em grandes causas de erros na apreciação dos resultados das investigações. Entretanto são as seguintes as cifras compendiadas e que procuram expressar os limites das oscillações dos numeros de eosinophilos nos principaes animaes de estudo.

Taxa percentual de eosinophilos segundo varios autores no sangue de alguns animais domesticos e de laboratorio.

| ANIMAES | OBSERVAÇÃO | LEUCOCYTOS POR MM ³ | EOSINOPHILOS % | AUTORES |
|---------------|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cavallo . . . | animais idosos | — | 0,61-6,29 | Sabrazés Murattet Duroux |
| | „ em jejum | — | 0,66-6,99 | Sabrazés Murattet Duroux |
| | „ isentos de parasitas | — | 0,55-0,66 | Weinberg e Alexander |
| | animais sadios | 8.060 | 4-5 2,5-6,5 (média 4,7) | Clerc Kohaneva |
| Novilho. . . | — | 8.210 | 6,1-16,8 (média 10,9) | Kohaneva |
| Carneiro . . | — | 10.450 | 2,2-13,1 (média 8,7) | Kohaneva |
| Cabra . . . | — | 12.210 | 5,2-12,2 (média 6,1) | Kohaneva |
| Porco. . . . | — | 20.620 | 0,0-1,6 (média 0,4) | Kohaneva |
| Cobaia . . . | — | 10.500 | 2,5 | Gulland e Goodall |
| | | — | 1,0 | Kurloff |
| | | — | 2-3 | Kanthack e Hardy |
| | | — | 2,5 | Herrick |
| | | 10-15.000 | 1 | Clerc |
| Coelho . . . | — | — | 1 | Jolly |
| | | — | 1-2 | Kanthack e Hardy |
| | | — | 0,5-2,8 | Talquist e Willebrand |
| | | — | 0,5-1 | Brinkerhoff-Tyzzar |
| | | 10-12.000 | 2-4 | Clerc |
| Preá | sobre 10 animais | — | 1 | Jolly |
| | | 9.552 | 2,2 | Pearce e Casey |
| | | 7.014 | 0-13,5 (media 5,1) | E. Etzel |
| Cotia | sobre 7 animais | 7.610 | 1,7-16,5 (media 7,1) | E. Etzel |
| Paca | sobre 6 animais | 14.431 | 0,2-5,6 (media 1,7) | E. Etzel |
| Capivara . . | sobre 3 animais | 12.011 | 2,0-6,3 (media 4,7) | E. Etzel |
| Gato | — | 13.500 | 5,2 | Busch Van Bergen |
| | | — | 0 | Loewit |
| | | 18.000 | 9,0 | Goodall |
| | | 15.800-15.900 | 5,0 | Klieneberger e Carl |
| | | 8-12.000 | 1-5,0 | Sanderus |
| Cão. | — | — | 4 | Jolly |
| | | — | 0,2-8,1 (média 5,5) | Talquist e Willebrand |
| | | 6-10.000 | 2-5 | Clerc |
| | | 17.050 | 2 0,8-6,0 (média 3,3) | Jolly Kohaneva |

| ANIMAES | OBSERVAÇÃO | LEUCOCYTOT POR MM ³ | EOSINOPHILOS % | AUTORES |
|---------------|----------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------|
| Macaco . . . | Rhesus | 8-12.000 | 5-4 | Clerc |
| | Chimpanzé . . | 10.701-20.220 | 4,2 (média) | Octavio Torres |
| Rato | — | — | 1 | Jolly |
| | | 15.000 | 1 | Clerc |
| | | — | 0,4-1,2 | Mauser, Diez e Behrend |
| | | — | (média 0,73) | |
| | | — | 2 | Kanthack e Hardy |
| | | — | 0-3,0 | Taylor |
| | | — | (média 1,0) | |
| | | — | 3 | Goodall |
| | | — | 1 | Woenckans |
| | | — | 1,75-7,75 | Klieneberger e Carl |
| Camondongo. | — | — | (média 3,55) | |
| | | — | 0-6,5 | Klieneberger e Carl |
| | | — | (média 1,6) | |
| | | 5.000-21.000 | 3,5 | Lauda |
| | | 15.000 | 1 | Clerc |
| Pombo | — | — | 1 | Jolly |
| | | — | 5,75 | Goodall |
| | | 6-11.000 | 0,69 | Young |
| | | — | 0,5-3,0 | Simonds |
| | | — | 1,4 | Aranha e Tibiriçá |
| | | — | 1,4-1,7 | Guerrini |

Conhecidos estes dados podemos agora avaliar o grau de intensidade que pôde revestir a eosinophilia nos animaes naturalmente infestados por *helminthos*.

Estudando a eosinophilia sanguinea de cavallos parasitados por *helminthos* intestinaes (*Strongylus equinus*, *Ascaris*, *Taenia*, *Oxyurus*), Weinberg e Alexander em 1908 concluíram que: 1.º) a reacção do organismo na producção da eosinophilia é individual, pois que ella não é proporcional ao numero de parasitas albergados; 2.º) que é absolutamente impossivel pelo exame de sangue avaliar a associação possivel de parasitas nem seu maior ou menor numero; um pequeno numero de parasitas pôde acarretar uma eosinophilia tão intensa quanto aquella causada por um grande numero de hospedes. De outro lado, a infestação por um grande numero de parasitas pôde se acompanhar apenas de eosinophilia ligeira, podendo mesmo esta faltar; 3.º) a infecção, a fadiga, a presença no intestino de parasitas mortos e macerados contribuem para abaixar consideravelmente a eosinophilia ou para fazel-a desaparecer.

Nos pombos, Puerrini, em 1914, estabeleceu as relações nitidas de causa e effeito entre a eosinophilia e parasitismo intestinal por *Heterakis* (= *Ascaridia*) *maculosa*. Em pombos naturalmente infestados por aquelle nematodeo, Guerrini encontrou, para a taxa sanguínea de eosino-

nophilos, valores que oscillaram de um minimo de 21,4% a um maximo de 28,8%. Estas altas percentagens de eosinophilos nos mesmos pombos em seguida a administração de antihelminthicos cahiam progressivamente á medida que os hospedeiros iam perdendo os seus parasitas. A taxa de eosinophilos voltava aos limites da normalidade quando os animaes ficavam livres de seus helminthos. Nos gatinhos o parasitismo intestinal por *Tóxocara canis* determina, segundo verificaçãoes de E. P. Saunders, hyperleucocytose com ligeira eosinophilia enquanto aquelle pelo *Dipylidium caninum* causa apenas eosinophilia.

Opie examinou o sangue de 10 cães aparentemente sadios e depois sacrificou-os. Todos, com excepção de um animal, estavam parasitados por helminthos. A taxa dos eosinophilos variou de 0,5 a 8% e o numero absoluto de 24 a 1208. Os menores valores foram encontrados no unico animal não parasitado.

Em cães parasitados por nematodeos encontramos com frequencia, porém não constantemente, eosinophilia marcada que não é aqui tambem proporcional ao numero e especie de parasitas como nos mostram alguns exemplos abaixo mencionados:

| | NEUTROPHILOS | BASOPHILOS | EOSINOPHILOS | MONOCYTES | LYMPHOCYTES | HELMINTHOS ALBERGADOS |
|--------|--------------|------------|--------------|-----------|-------------|---|
| Cão 1. | 65% | 0,5 % | 15,5 % | 1,0 % | 18,0 % | { 54 <i>Ancylostoma caninum</i> 3 <i>D. caninum</i> |
| Cão 2. | 82% | 0,0 % | 3,0 % | 2,5 % | 12,5 % | { 33 <i>Trichuris vulpis</i> 53 <i>A. caninum</i> 4 <i>D. caninum</i> |

Estudando a formula leucocytaria de macacos (*Papio cynocephalus*) nós quaes havia descripto uma nova especie de filarideo (*Loa papiensis*) Treadgold teve a sua atenção voltada para o facto de nunca ter encontrado nestes animaes, tambem parasitados por outros nematodeos, um grau marcado de eosinophilia sanguinea em correspondencia com o grau de infestação helminthica. Octavio Torres, estudando a hematologia do chimpanzé, teve occasião de verificar facto identico pois que apesar deste animal estar infestado por um grande numero de helminthos a reacção eosinophilica quasi não existia.

Nos animaes de laboratorio a eosinophilia tem sido obtido pelos processos os mais variados. Entre estes processos os que primeiro devemos considerar, são aquelles que visam provocar a eosinophilia por meio de infestações helminthicas experimentaes. Guerrini infestando pombos com *Heterakis* (= *Ascaridia*) *maculosa* verificou o augmento consideravel da taxa dos eosinophilos nos pombos em cujo intestino os helminthos attingiram um certo numero e um determinado grau de desenvolvimento. Ao contrario disso nas experiencias que não foram

seguidas de exito, a taxa sanguinea de eosinophilos permaneceu dentro dos limites normaes previamente estabelecidos pelo autor.

Stäubli estudou o modo de se comportar dos eosinophilos, no sangue e nos tecidos em cobaia que havia infestado por via oral com embryões de *Trichinella spiralis* acompanhando o apparecimento da eosinophilia á medida que no organismo dos animaes de experiencias se processava o cyclo evolutivo dos parasitas. Em suas experiencias observou Stäubli que a leucocytose surge entre o 7.º e 13.º dia do inicio da prova experimental. A eosinophilia quando precoce apparece 8 dias após a infestação e, na maioria dos casos, só após um lapso de tempo mais longo. O augmento do numero de eosinophilos pôde ser formidavel, tendo aquelle autor verificado num caso uma cifra vizinha de 250 milhões para os eosinophilos. Durante a maturação intestinal das trichinas não existe eosinophilia sendo esta reacção hematica entretanto observada logo que começa a se realisar a multiplicação dos parasitas. Por estes factos mostrou Stäubli que a eosinophilia na trichinose não está sob a dependencia da entero-helminthiase mas está em relação com a migração dos embryões por via circulatoria. Se o apparecimento da eosinophilia é posterior á phase de maturação das trichinas no intestino, a reacção sanguinea não está subordinada como pensavam certos autores (Friedrich) á reabsorpção de substancias taes como os productos resultantes da digestão das capsulas dos musculos trichinados ingeridos. A eosinophilia, segundo Stäubli, devia ser então considerada ocmo uma reacção do organismo ás toxinas secretadas pelos embryões no sangue.

Como para a trichinose humana, a eosinophilia, dependente do parasitismo obtido por meio experimental na cobaia, pôde persistir por muito tempo sendo encontrada mesmo depois de tres annos e meio (Stäubli). Opie confirmou as experiencias realizadas por Stäubli pela identidade dos resultados de suas pesquisas.

Como effeito Opie mostrou que na infestação experimental da cobaia com trichinas obtidas de porcos naturalmente infestados, a eosinophilia sanguinea apparecia duas semanas após a experiencia, attingindo o seu maximo tanto para as cifras percentuaes como absolutas, no fim de tres semanas.

Os eosinophilos se accumulavam nos ganglios lymphaticos mesentericos e pulmonares, formando focos que pareciam pequenos abcessos mas onde os eosinophilos substituiam os netrophilos. Este accumulo local de eosinophilos o autor o explica pela acção eosinotactica dos embryões de trichina quando passam por estes pontos do organismo. Segundo as observações de Opie o numero de eosinophilos no sangue nos casos de infestação severa diminue sempre antes da morte de tal modo que a proporção daquelles elementos tornam-se menor que 10%. Assim o parasitismo intenso traz rapida eosinopenia e morte do animal em prazo curto.

E' interessante assignalar que experiencias semelhantes em outros animaes não tiveram resultados identicos. Com effeito, Wiliams

e Bentz não encontraram augmento digno de nota dos eosinophilos no sangue de ratos e gatos artificialmente infestados com trichina. Tambem Rübiger, segundo Asúa, não encontrou eosinophilia local nos musculos trichinados nem eosinophilemia nos ratos infestados.

Muito mais recentemente, em 1930, Misão Yamaguchi procedendo a pesquisas sobre o quadro sanguineo na ancylostomíase experimental obteve no que diz respeito ao comportamento dos eosinophilos, resultados comparaveis áquelles obtidos por Stäubli e Opie na trichinose experimental.

Assim é que o autor japonéz infestando cães por via oral e cutanea com larvas de *Ancylostoma caninum* verificou que: os eosinophilos diminuam muito abruptamente 3 a 18 horas após a infestação oral; depois de 6 a 36 horas elles se elevaram novamente a percentagem normal; depois de uma semana alcançaram elles, valor mais alto (10%); quando a anemia era muito intensa e o animal (cão) estava prestes a morrer os eosinophilos diminuam fortemente ou desapareciam.

Na infestação cutanea os eosinophilos diminuam temporariamente 3 a 8 horas depois da infestação. Sua porcentagem crescia depois de 18-40 horas e alcançava o maximo, então diminuia muito rapidamente quando a anemia augmentava. De um modo geral accentua o autor destas pesquisas que nos casos em que se operava a infestação com grande numero de larvas o augmento dos eosinophilos era mais lento e as alterações numericas eram menores na infestação cutanea do que naquella por via oral

Em cães e ratos (*E. norvegicus* var. *albinus*) Homma, procedendo uma serie de pesquisas muito interessantes sobre a eosinophilia, não obteve resultados precisos e regulares pela infestação experimental dos animaes com helminthos vivos (*Trichuris suis*, *Schistosomà japonicum*, etc.).

Num cãesinho que havíamos infestado experimentalmente com cysto hydatíco obtivemos cifras elevadas de eosinophilos (31% e 18,5%) nos exames do sangue praticados respectivamente 3 e 5 mezes após a infestação.

O cão sacrificado no dia do ultimo exame apresentou á autopsia apenas tres exemplares de *Ancylostoma caninum* e nenhum especimen de *Echinococcus granulosus*, o que faz suppôr que a eosinophilia registrada corria por conta do reduzido numero de helminthos adquiridos naturalmente.

Inversamente num *Suis sacrofa* jovem, infestado experimentalmente com ovos de *Taenia solium* (pesquisas ineditas de F. Salles, levadas a effeito com outro fim que aquelle que nos preoccupa), não verificamos qualquer reacção eosinophilica apesar deste animal albergar numerosos *Ascaris suis* e *Trichuris suis* e apresentar um volumoso cysto hydatígeno do pediculo do baço, parasitismos estes adquiridos naturalmente.

Como se verifica pelo resultado do exame do sangue praticado no dia em que o animal foi sacrificado (3 mezes após a infestação experimental), é curioso consignar, ao lado da pequena taxa eosinophilica, o numero relativamente alto de basophilos encontrados. Seria interessante indagar se no porco o modo de se comportar dos basophilos mantem alguma relação com as infestações helminthicas do referido animal.

Isto foi o que nos suggeriu o facto de ter Kohaneva encontrado em 12 porcos em condições normaes de saúde, oscillações para as cifras percentuaes de basophilos comprehendidas apenas entre 0 e 0,3; a media destas cellulas nos referidos animaes foi estabelecida pelo citado autor como sendo correspondente a 0,1; é interessante notar que em 8 dos 12 porcos examinados, Kohaneva não encontrou nenhum basophilo.

Foi o seguinte o resultado do exame do sangue sobre o qual fizemos as considerações acima:

| | | | |
|-----------------|---|------------------------------|---------|
| Neutrophilos | { | Polymorpho- nucleares | — 42,3% |
| | | Myelocyots | — 0,6% |
| | | Metamyelocyots | — 1,0% |
| Basophilos | — | 3,3% | |
| Eosinophilos | — | 1,0% | |
| Lymphocyots | — | 48,3% | |
| Monocyots | — | 3,3% | |
| Cellula de Türk | — | 1 em 300 leucocyots contados | |

Num outro leitão infestado igualmente com ovos de *Taenia solium* e que fôra sacrificado 5 mezes mais tarde, tendo a autopsia demonstrado apenas 2 exemplares de *Ascaris suis* e o fracasso da infestação tentada, encontramos ainda um augmento da taxa dos basophilos neste caso tambem com um ligeiro augmento dos eosinophilos como nos mostra a formula abaixo:

| | | | |
|--------------|---|--------------------------|---------|
| Neutrophilos | { | Myelocyots | — 0,9% |
| | | Metamyelocyots | — 0,1% |
| | | Polymorpho- nucleares | — 33,3% |
| Basophilos | — | 3,6% | |
| Eosinophilos | — | 3,2% | |
| Monocyots | — | 1,3% | |
| Lymphocyots | — | 57,3% | |

Desde que se começou a estudar o papel pathogenico dos helminthos parasitas e se procurou estabelecer a natureza toxica ou outra dos phenomenos determinados pelas verminoses, uma serie infindavel de pesquisas, hoje impossivel de ser synthetisada, foi levada a effeito. Ao lado de depoimentos clinicos, factos experimentaes foram postos á prova para pôr em destaque: a) impregnação do organismo por

productos toxicos elaborados pelos parasitas que poderiam assim agir a distancia; b) a composição chimica dessas toxinas (endotoxinas) e quaes os seus componentes responsaveis pelos phenomenos verificados nos casos de parasitismo; c) o papel real ou meramente hypothetico dessas toxinas verminosas no determinismo das manifestações decorrentes das helminthiases; d) a filiação dos phenomenos desse parasitismo á anaphylaxia ou á allergia; e) o papel dos eosinophilos uma vez considerada a eosinophilia como reacção frequentemente observada nos organismos parasitados.

Justamente um dos pontos de partida para que se realisassem sobre o assumpto tão numerosos estudos foi sem duvida a tentativa para a producção das eosinophilias sanguineas ou locais, tomadas como reactivos indicadores da acção do organismo contra os helminthos, pelas injecções de extractos parasitarios em animaes de laboratorio.

A eosinophilia sanguinea ou textural foi provocada experimentalmente em animaes de varias especies por meio de productos verminosos obtidos por processos diversos, administrados pelas differentes vias e provenientes quer de cestodeos, trematodeos ou nematodeos.

Estas experiencias foram realisadas no cão, no camundongo, no coelho e principalmente na cobaia pela injecção subcutanea, intra-peritoneal ou endovenosa de macerações de helminthos, ou de extractos acuosos, alcoolicos, ethereos, chloroformicos ou ainda de productos parasitarios naturaes (liquido hydatico, liquido de cysticerco) como tambem pela inserção ou transplante de outras extructuras parasitarias (membranas, aculeos e escolex de cysto hydatico, segmentos de helminthos, etc).

A acção eosinotactica quer geral quer local foi experimentada com productos parasitarios obtidos de cestodeos como *Taenias* (Proscher, Pappenheim, Achard e Weil, Weinberg e Mello, Panniza, Ebell, Melnikoff, Paulian), de suas formas larvarias (Achard e Loeper, Memmi, Achard e Laubry, Bezançon e Weil, Ebell), de *Diphylobotrium* (Weinberg e Mello); de trematodeos taes como *Fasciolas* (Proscher, Weinberg e Mello); de nematodeos como *Strongylus* (Weinberg e Leger, Weinbeg e Mello, Weinberg e Seguin, Vallillo, Grosso) *Ascàris* (Weinberg e Mello, Panniza, Paulian, Herrick), *Enterobius* e *Trichuris* (Paulian).

(Continua)

Contribuição ao tratamento conservador da tuberculose cirúrgica e de algumas outras molestias pelo methodo chimio-physio-therapico (*)

Pelo Dr. Francisco Finocchiaro

Cirurgião da Beneficencia Portuguesa

A tuberculose cirurgica de ha tempo é dominio dos meios conservadores; as graves mutilações, demolições, deformações cicatriciaes, com perda de órgãos e de suas funcções, são uma triste lembrança da velha cirurgia.

Durante em 1878 iniciou e propagou o methodo que leva seu nome, baseado na acção benefica do iodo injectado em solução aquosa iodo-iodurada, directamente no foco doente. Empregou elle em primeiro lugar, tal methodo, na adenite t. b. c., podendo affirmar que o iodo remedio de eleição, é soberano na t. b. c. glandular. Em 1894 communicava á Academia Medica de Roma de ter extendido o methodo ás outras formas de t. b. c. cirurgica, injectando a solução directamente no foco ou por via parenteral. Usou-se mais tarde, tambem com a mesma finalidade, a emulsão iodoformica em oleo de amendoas, a 10%.

A escola de Durante, com um grande numero de casos curados, criou um monumento de gloria ao Mestre e diffundi pelo mundo o methodo conservativo. Entre os alumnos merece citação o Dr Angelo Isaya, que em 1909 publicava no *Archivio ed Atti della Società Iatliana di Chirurgia*, uma memoria, sobre uma grande serie de casos curados com o methodo de tratamento local e geral a Durante, e com experiencias proprias sobre a acção do iodo geral e local. Refiro literalmente o que escreveu Isaya: "...o iodo estimulando os poderes de defeza do organismo provoca uma leucocytose geral e especialmente uma mononucleose abundante, excita a produção de substancias antitoxicas e augmenta o poder opsonico do soro do sangue para com o bacillo da tuberculose; saliente-se ainda que,

(*) Communicação feita na "Ars Medica" de São Paulo no dia 25 de janeiro de 1934 e na Associação Paulista de Medicina em 10 de fevereiro de 1934.

pela sua acção hypertonica sobre o coração e sobre a circulação, pela hyperactividade notavel que imprime aos processos intimos da nutrição, augmentando as trocas e os processos de associação organica, melhora a nutrição e a sanguinificação, de forma rapida, e extraordinaria. Localmente, pela sua acção irritante, produz nos tecidos uma intenso hyperemia activa, donde se origina uma abundante eliminação de cellulas brancas e uma copiosa transudação de soro; dahi a facil reabsorpção dos productos phlogisticos e a destruição dos gergens da tuberculose: destruição de germens que em parte deve ser tambem devida á acção bactericida do iodo livre que se desenvolve no seio da producção tuberculosa”.

Isaya provou que cobaia em que se injectavam contemporaneamente iodo e tuberculina comportavam-se como as normaes. O iodo, portanto, teria uma acção antitoxica. Seria um remedio chimico-therapeutico que não sómente sararia a tuberculose local, mas criaria corpos immunisantes, especificos (Fazio, Podigue, etc.).

Esta hypothese, baseada nos factos e na immensa totalidade dos casos clinicos, e que eu tambem pude confirmar em minha clinica particular, encontra igualmente apoio no methodo puro, physico-therapeutico, podendo-se affirmar (eis a grande importancia dos methodos conservativos) *que um processo tuberculoso susceptivel de ser aggreddido com o methodo conservativo, methodo Durante ou Roentgentherapico, ou methodo combinado, preserva o doente do ataque da affecção tuberculosa em outros órgãos.* Infelizmente lembro um caso de um doente, atacado de epidydymite tuberculosa uni-lateral que, não obstante meus conselhos, após ter consultado outro collega, seguiu o conselho deste de proceder a uma amputação do órgão doente, com o receio de que o processo pudesse passar ao órgão são.

Em aggreddir directamente com injectão modificadora o foco tuberculoso, pensaram outros pesquisadores, por exemplo Calot (naphtol camphorado, em primeiro lugar e depois, mistura de creosoto iodoformado), Lannelongue (chloreto de zinco), Klopp (alcool a 60%) e recentemente Della Valle (chloreto de calcio), Maria (solução de cloroformio e iodo) etc.. Não faltaram criticas ao tratamento com iodo, e entre estas lembro as de Burnaud, Besançon, Dieudonné, Kalougeski, Raitzis, Dinitrief, Kronjkov, Gregori, Tilmann, ás vezes excessivas, e ás quaes foi amplamente respondido que o iodo como aliás acontece para todos os remedios, deve ser usado com criterio, levando em consideração o estado dos rins, do figado, etc. considerando-o não como um “veneno parenchimatoso”, mas como collaborador precioso na cura da tuberculose cirurgica.

Merece lembrança o methodo do prof. Luiz della Valle, de injectões endoosseas de chloreto de calcio, amplamente exposto em *Minerva Medica*, n.º 32, 11 Agosto, 1932 e que tem por finalidade a remineralização do processo osseo, com a introdução directa no foco de um sal calcio, com o mesmo fim procurado com enxertos

osteo-periosteos, autoplásticos, inter-osseos (Di Maragliano-Nové Valle, Alessandri, Ofreduzzi), e outros.

Escreve Della Valle da seguinte forma: "...parecia-me que uma eventual introdução directamente no foco específico de sal calcico deveria influir sobre seu decurso, mesmo sabendo que o trabalho biológico, que a natureza cumpre recalcificando uma zona ossea, desmineralizada, nunca foi, experimentalmente reproduzido, pois se a injeção local se pratica com saes de calcio insolúveis são estes expulsos ou encystados; se não soluveis, são reabsorvidos sem deixar vestigio". O A. retem que analogamente ás pesquisas experimentaes de Leotta, Isaya, Rothlin, o papel da injeção de sal de Ca, seria desinfectante, de phlogose de reacção, e de trazer novo tecido osteoide, reforçado por deposito de saes calcareos. O A. acompanha o methodo com curas de immobilização (reduzida), curas iodicás geraes, vitaminas, aero e heliotherapia. Usa uma solução de 5 a 10% com intervallos de 5 a 7 dias, fazendo de 15 a 20 injeções.

METHODO ROENTGEN-THERAPICO

Neste dominio a literatura é vastissima; é sufficiente lembrar Bergson, Holzkencht, Valobra, Williams, Pusey, lüngling, etc. Este methodo offerece a vantagem da segurança e rapidez sobre aquelle helio-therapico, com o qual se pode acompanhar, servindo neste caso as irradiações como *mordente* e multiplicando os effeitos do primeiro.

A acção sobre o bacillo t. b. c. seria indirecta pois, como provou Brunton, Blaikie, o bacillo é insensivel ás irradiações Roentgen, contrariamente á opinião de Willard. Petersen refuta a idéa que os raios X possam matar o bacillo. Seitz e Wintz pensam em uma acção directa sobre o envólucro lipoide do bacillo. A acção dos raios X, reforçaria os meios de resistencia e de luta dos tecidos contra o bacillo. Quanto á technica limito-me a lembrar, que, em geral, para todos os processos t. b. c. são usadas doses que não superam 30 a 50% da dose erythema, regulando a dureza da emissão conforme a profundidade do processo t. b. c. e dividindo a dose total por um longo período de tempo, que ás vezes prolonga-se por annos, em casos de tuberculose peritoneal. Para as adenopathias, Müller, histologicamente, distingue cinco grupos e o processo curativo se desenvolveria com a destruição do tecido t. b. c., a regeneração do tecido lymphatico, fusão e a absorpção deste, ou se a acção destruidora dos raios X foi violenta, com a eliminação pela formação de abcessos e fistulas. Aliás o phenomeno da producção de abcessos e fistulas, em foco que estavam fechados, pode se dar quando se injectam doses massicas de soluções iodo-ioduradas á Durante.

O tratamento, portanto, deve consistir sempre, de pequenas doses de raios X. Peyer ao processo acenado accrescenta uma varia-

ção, o da calcificação. Jüngling no seu tratado "Roentgen-Behandlung", detem-se amplamente sobre o tratamento das varias lesões cirurgicas, simplificando muito a technica. No caso de t. b. c. dos ossos e das articulações, Jüngling tomou para si a recommendação de Holz knecht, isto é, quanto mais grave é o processo t. b. c. tanto menor deve ser a dose a applicar e esta em geral, não supera o 30-40% da dose total (H. E. D.). Eventualmente a dose total, passado um periodo de dois mezes, poderá ser repetida. Jüngling para obter uma distribuição homogenea dos Raios X adopta um dispositivo seu (Zmbau) e não deixa de lado a immobilização. Todos os autores estão de accordo no confirmar quanto acenei acima para o methodo Durante, isto é, os processos t. b. c. locais, tratados com o methodo Roentgen, uma vez curados, *garantem o organismo contra outros ataques do mal* e originam uma especie de immunização. Culloch pensou que houvesse um augmento do valor opsonico, uma especie de auto-vaccinação. Iselin pensou em uma autotuberculina. O facto desta prevenção contra a diffusão da tuberculose local, quando é tratada com meios physicos, confirmado por todos os autores, deveria servir de freio a muitos cirurgiões demolidores que infelizmente, ainda existem.

METHODO CHIMIO-PHYSIOTHERAPICO

Este meu methodo consiste na associação do methodo Durante ao Roentgen, e foi por mim extendido, além dos processos bacillares locais, tambem a algumas outras molestias como esporotricose, molestias de Nicolas e Favre, e o indico tambem para a actinomyose em região accessivel, molestias estas em que o iodo manifesta acção curativa. Este methodo funda-se sobre o principio que os raios X, além de ser em parte absorvidos pela materia, originam novas radiações, denominadas, portanto, secundarias, e que se distinguem em radiações diffusas, raios de fluorescencia, e raios corpusculares. Os raios difusos seriam semelhantes aos primarios; aquelles de fluorescencia teriam comprimento de onda caracteristico para o corpo irradiado, produzindo-se pela absorpção selectiva de uma certa zona de raios primarios, com as mesmas leis da optica, os corpusculares seriam electrões livres dos atomos, do meio attingido e se diffundiriam por toda parte, identicos aos raios beta e aos cathodicos, com pouco penetração.

O Prof. Felice Perusia na sua introdução ao curso de radiologia: "As bases biologicas e physicas da radio-therapia", publicada pela Riforma Medica, n.º 12, 1925, acena a hypothese de Ghilarducci sobre o valor esterilizante das radiações secundarias. No meu caso estas radiações seriam derivadas do iodo que impregna o tecido affectado e admitto tambem a hypothese de pesquisadores, como

Stefanini, que, do complexo heterogeneo de feixes de raios em acção, em contacto com o iodo, *provavelmente se produzem outros de comprimento de onda tal que poria em resonancia o bacillo da tuberculose* e dariam ao ambiente em que vive a faculdade de produzir substancias que immunizariam o individuo e tornariam o ambiente inadaptado ao seu desenvolvimento. Esta theoria, aliás, encontra determinada analogia com o methodo moderno de tratamento do cancro, por meio de pequenas doses de raios X, que, não serviriam para a destruição do neoplasma, mas serviriam a *modificar o terreno* onde este se desenvolve. Estas idéas são criadas e indicadas pelo genial Lakowsky: a medicina futura provavelmente encontrará os seus meios mais opportunos nas descobertas da physica e no estudo das irradiações de comprimento de onda, por assim dizer, especifico.

O prof. Manginelli, baseando-se em experiencias de Ghilarducci e fundamentando-se nas irradiações corpusculares, communicou em 1927, casos de lesões gastricas melhorados com tratamento Roentgen, depois da ingestão de sulfato do bario e carbonato de bismuto. Aceno tambem a um methodo, o de Porcelli R. (Livorno) que na XXII reunião da Sociedade Italiana de Dermatologia e Syphilographia (Roma, 16-17-18 Dezembro, 1926), referia ter obtido optimos resultados no lupus erythematosus, irradiando com raios Roentgen de determinada dureza, zonas de affecção já impregnadas por particulas aureas. Observou com surpresa o rapido desaparecimento das erupções luposas assim tratadas, emquanto a circumvizinhas, tratadas sómente com raios X, apenas se mostravam influenciadas. Obteve o mesmo recobrando as lesões com laminas de ouro delgadissimas. O A. admite a existencia de radiações secundarias emittidas pelo ouro, em lamina, ou em pequenissimas particulas, (introduzidas com ionoforese), tendo acção resolvente e cicatrizante semelhante á desenvolvida por particulas argenticas e que constituem as bases do methodo Ghilarducci para a therapia dos epitheliomas ulcerados.

Resumo um brilhante artigo do prof. A. Stefanini, publicado no n.º 22, de Riforma Medica, 1929, do seguinte titulo: "Provavel mecanismo da acção microbida das radiações e das substancias asepticas".

O A. refere que no Congresso Internacional dos physicos de 1927, em homenagem a Volta, Wood falou sobre os effeitos physiologicos dos ultra-sons produzidos com o condensador de quartzo piezo-electrico de Curie e com os quaes obteve a desintegração dos globulos vermelhos e varios micro-organismos; que Riesler e Courtier (communicação á Academia das Sciencias de Paris, 1928), obtiveram a destruição dos bacillos da tuberculose com irradiações de diferentes origens, Mme. Phisalix e F. Pasteur obtiveram com raios ultravioletas a destruição do poder rabifica do veneno da vibora, Hollweck a do bacillo pyocianico, com os raios X do aluminio, Lakowsky capta as ondas cosmicas com um arco circular, aberto, de cobre, para a cura do Bacterium tumefaciens dos geranios. Alem dos atomos e

das moléculas, as radiações luminosas ultra-violetas, etc. poriam em vibração de ressonância agrupamentos moleculares, cujas dimensões sejam iguaes ao comprimento de onda das vibrações excitadoras; esta ressonancia destruiria os microbios. Assim tambem este mechanismo explicaria a acção microbicida das substancias asepticas, que se obtém com a atmosfera carregada de vapores e de cheiros. Todos os corpos estão em continuo movimento vibratorio com periodo differente, e as radiações são aquellas a periodo igual ao de sua agitação molecular; assim como o thymol tem um espectro de absorpção para as radiações ultra-violetas, cujo comprimento de onda está comprehendido entre 0,28 e 0,33 micra, o guayacol entre 0,20 e 0,22, o formol, entre 0,34 e 0,36... os microorgarnismos cujas dimensões sejam iguaes ou correspondam, pelo seu modo de vibrar a taes comprimentos de ondas, postos em contacto destas substancias, ou expostos aos seus vapores, entrariam em vibração de ressonancia e seriam mortos (experiencias de Bracci e Torsi). Esta explicação do prof. Stefanini seria menos avançada que a de Lakowsky, em seu estudo "Contribuição á etiologia do cancro", attribuindo a origem do cancro a um desequilibrio entre as ondas cosmicas absorvidas e emittidas pelas cellulas segundo a maior ou menor conductibilidade do terreno sobre que vive o homem. Concluindo podemos dizer que a luta contra as molestias está ligada ás pesquisas dos biologos e dos physicos e dos estudiosos que aspiram ao conhecimento da origem e da essencia dos phenomenos vitais e da constituição do cosmos.

Os casos por mim tratados e dos quaes relato alguns, referem-se á tuberculose de lymphoglandulas e processos osseos. Aceno tambem a um caso de esporótrichose cutanea com biopsia positiva, e a um caso de molestia de Nicolas e Fabre, do qual sómente apresento o diagnostico clinico, não tendo tido oportunidade de fazer pesquisas biologicas. A impressão que tive, usando o meu methodo combinado, é que a duração do tratamento é mais curta e que a immobilização dos membros affectados pode ser menos rigorosa do que com os methodos classicos. A technica é muito simples. Nas lesões superficiaes (tuberculose cutanea, lupus vulgare, esporotrichose cutanea) procede-se á injeccção de algumas gotas de solução iodo-iodurada á 1% no derma e cellular subcutaneo a poucos milimetros de distancia dos bordos da lesão, medicação do fundo da ulceração com um preparado de iodo facilmente reabsorvivel como o Rheukomen de Mendel ou o Iodex do Dr. Klopfer; segue-se irradiação com raios não muito duros, com filtro de sómente um mm. de aluminio. No caso de lymphoglandulas, presa com u'a mão a glandula, faço penetrar a agulha no parenchima, injectando algumas gotas do remedio. Procedo assim com as differentes glandulas accessiveis e com doses minimas para evitar degeneração e amollecimento dos tecidos e formação de fistulas que prolongariam a duração da cura. Irradiação com raios mais duros, usando o filtro de 4 mm. de aluminio. Este processo ser-

ve para órgãos parenchymatosos como o epididimo e as lesões que se referem a ossos e articulações (periostite, caries osseas, artrites, sinovites fungosas com ou sem abcessos ossifluentes, spina ventosa, etc.); uso agulhas de diferentes comprimento e diametro e penetro até contacto com o osso ou com o foco doente, com movimento em saca-rolha, indo profundamente e embebendo o campo com um ou dois centímetros de solução. A's vezes a injeção provoca leve reacção e quando ha fistulas um augmento, por algum tempo, de secreção de pús. A injeção pode ser repetida diariamente, mudando-se o lugar de introdução e o territorio. Segue-se immobilização com aparelhos orthopedicos amoviveis para evitar anchyloses absolutas, permittindo moderadamente, movimento aos membros interessados e evitando assim os inconvenientes da hypocalcemia. Esta immobilização, naturalmente, não entra em consideração para órgãos moveis, como os testiculos, a pelle, as glandulas lymphaticas. Dieta hypochlorurada. Alimentação rica em vitaminas, leite crú, pão integral, fruta, ar, helio-terapia, calcio e iodo por via parenteral acompanham o tratamento. Refiro alguns casos typicos de minha casuistica profissional.

1.º (II, 1929-31). — Senhora C., 40 annos, casada, com filhos, apresentou-se ao meu tratamento com grandes amontoados de glandulas escrophulosas, algumas já fistulosas, aos dois lados do pescoço. Tratamento chimio-physio-therapico que foi prolongado por muito tempo, especialmente considerando que se tratava de lesões em partes abertas, e, portanto, tenazes ao tratamento. A cura se obteve sem cicatrizes deformantes. A senhora tem um bello aspecto e recentemente consultou-me para entrar em uma sociedade beneficente; por escrupulo fiz uma radiographia pulmonar, que foi absolutamente negativa.

2.º — 1933. — B. Rodrigues, ferroviario, de Pirituba, da idade apparente de 40 annos; este caso foi-me confiado gentilmente pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro, cirurgião da Beneficencia Portuguesa e do Sanatorio Santa Catharina; apresentava epididymite aberta, esquerda, exame bacteriologico positivo. O Dr. Eurico foi da minha opinião (contraria á de diversos collegas, que julgavam necessaria a amputação, para evitar o perigo que a lesão passasse ao outro testiculo), de tentar a cura chimio-physio-therapica. Quando o doente se decidiu a vir ao meu consultorio, appareceu epididymite do outro lado. O tratamento foi efficacissimo e não demorou mais de 3 mezes, curando em primeiro lugar a lesão do testiculo esquerdo, que não estava aberta, enquanto a outra lesão fistulosa foi mais tenaz. As funções sexuaes por nada foram perturbadas.

3.º — (1929-1934) — Senhora M., da idade approximada de 35 annos, com uma filha de cerca de 10 annos, sã, apresentou-se ao meu consultorio com um quadro clinico inacreditavel: lesão aberta do esterno, t. b. c. pulmonar, com caverna, pericardite, pleurite dupla, peritonite tubercular, spondilite, estado febril. A lesão do esterno foi tratada com o metodo Durante-Roentgen. As outras peções em parte com Roentgen, em parte com helio-terapia e curas geraes. A doente augmentou de cerca de 20 kilos, de peso, e no actual momento, está clinicamente curada.

4.º — (Agosto 1933-1934). — Lucio Dias Borges, da idade de 25 annos, de Goyaz. Ha cerca de 4 annos soffre de coxite esquerda. Quando se apresentou ao meu consultorio apresentava uma grande tumefacção da nadeга esquerda e quatro tractos fistulosos que davam uma eliminacção abundante de pús; uma radiographia mostra destruição da cabeça do femur e da cartilagem da cavidade cotyloidea. Applicação de aparelho orthopedico amovivel. O doente recebeu approximativamente 20% da dose de raios X e injeções, em varios pontos do

processo, da solução de Durante. Além disso faz applicação de Raios U.V. e injeções geraes de calcio e iodo. A tumefacção desapareceu e dos tractos fistulosos ainda permanece um, que raramente dá alguma gotta de secreção.

5.º — Menina Carmen S., de 10 annos de idade, lesões esporotrichotica da pele, da região do cotovelo esquerdo e attribuida a uma lesão traumatica, por desastre de automovel. Tratamento mixto e cura.

6.º — Senhora de idade de cerca de 50 annos, de São Bernardo, com vasta lesão ulcerosa do dorso da mão, diagnosticada por esporotrichose. Tratamento local mixto e parenteral com iodo. Cura em cerca de 15 dias.

7.º — Senhor B. R. 30 annos. Lymphogranuloma nas duas virilhas. Tratamento mixto com cura rapidz, sem qualquer outra intervenção.

RESUMO

O A. preconiza o tratamento da t. b. c. cirurgica (e assim tambem para outras molestias em que o iodo se demonstra util, como na esporotrichose, actinomicose, lymphogranuloma venereo), o methodo mixto chimio-physio-therapico, que abrevia o decurso da molestia, defende o organismo de novos ataques do mal e dispensa prolongada immobilização. Attribue este melhoramento de efficacia deste methodo sobre o methodo isolado de Durante ou Roentgen, á acção de radiações secundarias, mais moles e mais activas, agindo no foco doente, como suppõe Stefanini, provavelmente por um phenomeno de resonancia nociva ao agente da molestia.

Rua Vergueiro, 231.

LITTERATURA

- ANGELO ISAIA — *Il meccanismo d'azione dell'iodio*. — Archv. ed Atti della Societa Italiana de Chirurgia, 1909.
- LUIGI DELLA VALLE. — *Le cure della tubercolosi chirurgica*. — La clinica Chirurgica, 31 de julho de 1910.
- LUIGI DELLA VALLE. — *La cura della t. b. c. chirurgica con iniezioni endossec di cloruro di calcio* (1922-1932).
- LUIGI DELLA VALLE — "Minerva med.", n.º 32, 11 de agosto de 1932.
- G. PICCININO — Archivio di Radiologia, 1927, n.º 5.
- OTTO JUNGELING — *Rontgenbehandlung chirurgischer Krankheiten* — Verlag von S. Hirzel, Leipzig, 1924.
- FELICE PERUCHIA — *Le basi biologiche e fisiche della radioterapia* — "La Riforma Medica", n.º 12, 1923.
- PROF. L. MANGINELLI — *Un nuovo metodo di radioterapia gastrica* — "La Radiologia Medica", vol. XIV, fasc.º 5.º, 1927.
- SEEMANN — Medizinische Klinik, 14 - 1927.
- I. MARIAN — "La Presse Médicale", n.º 44, 1929.
- PROF. ANNIBALE STEFANINI (R. Univ. di Pisa) — *Probabile meccanismo dell'azione microbicida delle radiazioni e delle sostanze asettiche* — "Riforma Medica" n.º 22, 1929.
- S. ATTILI — Archivio di radiologia — 1923, fasc. 5.º.

BREVE **ESTUDOS CIRURGICOS** BREVE
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO
 PREÇO 10\$000. Pedidos ao autor - Caixa 1574. S. PAULO.

A conducta do cirurgião nas perfurações do intestino por febre typhoide (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Cirurgião da Beneficencia Portuguesa e do Sanatorio de Santa Catharina,

A publicação, em um dos ultimos numeros do "Paris Médical" (1), de um trabalho de Robert Soupault sobre a maneira de agir do operador nas perfurações intestinaes occorridas no decurso da febre typhoide offerece-nos ensejo para focalizar esse interessante problema cirurgico, ainda tão cheio de incertezas e de controversias.

Esse autor, que é cirurgião dos hospitaes de Paris, chama a atenção, particularmente, para o tratamento da alça perfurada, descrevendo a technica a seu ver mais aconselhavel. Propondo-nos a fazer uma serie de reparos ao seu modo de agir, temos por escopo apresentar a conducta que nos parece mais acertada e proporcionar aos prezados collegas da Associação Paulista de Medicina a oportunidade de externar a sua opinião sobre assumpto de tanta monta.

Iniciando as nossas considerações sobre o artigo de Robert Soupault, não podemos deixar de estranhar o titulo que o encabeça. De facto, tendo em mente tratar tão só das perfurações do intestino delgado, não obstante o autor dá, á primeira vista, a impressão de que vae cuidar de todas as perfurações que podem occorrer no decurso da febre typhoide, pois o trabalho vem sob a epigraphe "Du mode opératoire des perforations typhiques". E' uma designação geral, que não convem só ao seu caso. Segundo Haggard (2), em 95,5% dos doentes é que a perfuração se dá no ileo. Nos demais, ella ocorre, em ordem decrescente de frequencia, no colo ascendente, no transversal, no descendente, na sigmoide e no recto, podendo tambem se dar no

(*) Communicação feita á Associação Paulista de Medicina em 11 de setembro de 1933.

appendice, no divertículo de Meckel e no jejuno. Mauger (3) fala em perfurações do duodeno e do estômago. Convém notar, ainda, que já em 1911 Quenu (4) chamava a atenção para o papel da infecção typhica nas perfurações da vesícula biliar. Em 1929, Pop na Allemanha (4) e Santy (5) e Tavernier (6) na França apresentaram casos de perfuração da vesícula biliar em consequência de infecção eberthiana.

Dito isto de passagem, focalizemos a ocorrência mais frequente, aquella que se verifica nos, digamos, 95% dos casos de perfuração no decurso da febre typhoide.

Robert Soupault filia-se ao grupo dos partidários da ileostomia. Baseia-se, para isso, em razões anatomicas e clinicas.

"Anatomicamente, diz elle, as ulcerações da alça doente são multiplicas; muitas podem ser profundas e lesar gravemente a parede intestinal, não sendo, separadas da cavidade peritoneal senão por uma delgada folheta serosa. Fóra das ulcerações, as tunicas intestinaes são inflamadas, infectadas, formigando de bacillos; ha lesões vasculares que podem mesmo ultrapassar as tunicas intestinaes propriamente ditas. O conteúdo do intestino, constituido por liquido diarrheico misturado de sangue proveniente das ulcerações, é um caldo de cultura hypervirulento, onde se desenvolvem fermentações que distendem um intestino fragil e, demais, perturbado no seu peristaltismo".

"Clinicamente, continua Robert Soupault, o typhico que soffre uma perfuração não é sómente um individuo no qual se desenvolve uma peritonite de marcha rapida; é tambem um infectado que absorve continuamente toxinas por via intestinal. E, doutra parte, o typhico em estado de complicações intestinaes tem sempre distensão, hemorragias repetidas. Emfim, as perfurações iterativas são bem conhecidas e traduzem um perigo persistente após a primeira perfuração".

Nessas condições, a fistulização é preferivel, porque:

1. — faz cessar o extravasamento septico dentro da cavidade peritoneal, não perturbando a drenagem do peritoneo, que poderá ser feita á parte, pelo ponto de eleição (supra-pubico);

2. — facilita a evacuação dos gazes intestinaes, diminuindo a distensão do delgado, cujas tunicas, lesadas e prestes á perfuração, se retraem sobre si mesmas, de maneira a afastar o perigo de nova perfuração;

3. — é um recurso a que se apegam os operadores no ileus que segue ás peritonites de qualquer origem;

4. — favorece a evacuação do conteúdo intestinal, altamente virulento e toxico, melhorando o estado humoral do individuo, pois que evita a invasão humoral de maior quantidade de germes e absorpção de toxinas; e, finalmente,

5. — faculta o emprego de medicação local, por meio de irrigações com soro physiologico, liquidos antisepticos, soro diluido, vacinas.

Essas vantagens fazem desprezar os inconvenientes reconhecidos da fistula ileal, tanto mais que o autor descreve — e ahi está a originalidade do seu trabalho — um detalhe de technica que diz “susceptível de tornar inoffensiva” essa fistulização. Robert Soupault refere-se á applicação ao intestino delgado do processo de Witzel para a gastrostomia, isto é: “a tunnelização do trajecto da sonda á custa da propria parede intestinal, reforçando-o com o peritoneo parietal por meio dos mesmos fios”. Com isso, a drenagem intestinal fica estabelecida e pode ser a qualquer momento interrompida; a alça adhire facil e firmemente á parede; e, retirada a sonda no fim de uma a tres semanas, o trajecto tem tendencia a espontaneamente se obliterar, como verificou em dois casos em que usou esse processo e que foram apresentados á Sociedade Medica dos Hospitaes de Paris em 3 de março de 1933 (7).

Em summa, a conducta geral que pensa deve merecer a escolha dos cirurgiões é a seguinte: “operação immediata, drenagem da peritonite, fistulização da alça perfurada á parede, pelo meio especial de uma ileostomia á Witzel”.

Tal procedimento offerece, ao nosso ver, alguns inconvenientes que podem ser de alta monta. Ennumeremol-os:

1. Dificuldade de execução.
2. Diminuição do calibre do intestino.
3. Possivel obstrucção da sonda por coagulos hemorragicos e outras materias do conteúdo intestinal.
4. Adherencia extensa e definitiva da alça á parede.
5. Gravidade manifesta de uma segunda intervenção para reduzir a fistula.

1. — Evidentemente não será facil fazer-se a tunnelização da sonda á custa das paredes do intestino. No geral — Robert Soupault mesmo o diz — as ulcerações da alça doente são multiplas, circumdadas de tecido inflammatorio infectado e formigante de bacillos. E' um tecido friavel, que se congestiona á mais doce manipulação, enchendo-se de petechias. A sutura de tal parede não será seguramente facil nem isenta de certos perigos.

2. O ileo terminal, onde geralmente occorrem as perfurações por febre typhoide, é a porção menos calibrosa do delgado, medindo de 1,5 a 2 cm. de diametro. E', sem duvida, um tubo bastante exiguo para ser desdobrado em dois, capazes, ambos, de permittir um facil transitio do conteúdo intestinal. Ou as paredes ficam distendidas e tornam maior o perigo de um nova perfuração ou a sonda será muito fina e não desempenhará satisfactoriamente o papel a que se destina. Reproduzimos da “Clinica Cirurgica” de Brandão Filho (8) um eschema (fig. 1) que outra coisa não é senão o processo de Witzel adaptado ao intestino delgado. Ver-se-á pela figura que a luz do intestino ficou sufficientemente grande. Mas Brandão Filho operou

sobre o jejuno, cujo diametro é, de regra, o dobro do diametro da ultima porção do ileo. Para melhor esclarecer a questão, mandamos desenharmos uma secção do ileo com e sem a sonda, tomando por bases o diametro de 2 cm., a espessura de parede de 1 mm. e uma sonda Nelaton n.º 20, cuja luz talvez permita o excoamento da materia intestinal (Fig. 2). Como se poderá ver, essa representação graphica não nos offerece panorama dos mais auspiciosos. Assim, fica a luz do intestino grandemente diminuida e, o que é mais, isso se dá não só durante a drenagem temporaria, mas indefinidamente, pois que a retirada da sonda não desfaz o tunnel em que ella se abrigára.

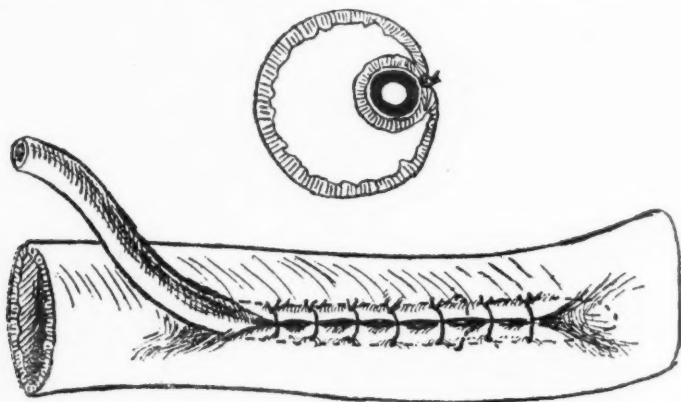


Fig. 1

Jejunostomia pelo processo de Witzel.
(Brandão Filho).

3. Si a sonda não for de calibre sufficientemente grande, será facil e repetidamente obstruida pelos coagulos decorrentes das enterorrhagias e outras materias do conteudo intestinal. Um tampão por coagulo sanguineo nem sempre será facilmente removivel. E a troca de sonda seria impraticavel nos primeiros dias.

4. A adherencia definitiva da alça á parede é, por certo, um inconveniente que desnecessario se torna resaltar. Outras alças poder-se-iam prender ás adherencias, acotovellando o intestino. E ahi poderia estar a causa de graves disturbios do transito intestinal por oclusão da parte adherida ou pinçamento de outra alça.

A adherencia extensa torna ainda mais precaria a diminuição da luz da porção doente, pois vem tornar mais longo o trajecto estreitado a vencer pelas materias intestinaes.

5. Uma segunda intervenção será muitas vezes aconselhada. Duas razões nos levarão a isso: a persistencia da fistula, quando se der, e perturbações decorrentes da adherencia da alça á parede (dores,

transito intestinal difficil, os accidentes acima referidos, etc.). Essa segunda intervenção será agravada não só pela zona de adherencias, obrigando a uma manipulação laboriosa quanto delicada, como principalmente pela necessidade que possa sobrevir (estreitamento da luz, ruptura da parede ao fazer-se o descolamento, etc.). de se praticar a resecção da alça, o que raro aconteceria com a technica usada pelos demais autores da simples sutura da parte perfurada á parede anterior do abdomen. E todos nós sabemos quanto é grave uma resecção do intestino delgado, por menor que seja em extensão.



Fig. 2

Secção do ileo com e sem uma sonda Nelaton n.º 20 (tamanho natural, tomando-se 20 mm. para diametro e 1 mm. para espessura da parede do ileo).

Accresce assignalar que Antoine Basset (9) por duas vezes praticou o duodenostomia á Witzel, mas os doentes vieram a fallecer algum tempo depois.

Focalizados assim os inconvenientes da technica preconizada por Soupault, será ella ainda a que melhor convem? Parece-nos que não.

Gueullette (10) dividiu os methodos de tratamento da perfuração intestinal typhica em 2 grandes grupos:

1. Methodos baseados na conservação anatomica e physiologica da alça perfurada (a, sutura; b, resecção da zona necrosada e sutura; c, enxertos).
2. Methodos baseados na suppressão anatomica ou physiologica da alça perfurada (a, resecção intestinal; b, exclusão da alça; c, enterostomia; d, exteriorização).

A diversidade dos methodos — mesmo o abstencionismo operatorio que poderia dar ás vezes a cura expontanea em localizações especiaes, segundo um juizo de Nové-Josserand (11) — a diversidade dos methodos indica que nenhum delles offerece vantagens capazes de sobrepol-o aos demais. Por outro lado, não se deve esquecer que em cirurgia não se pode estipular um padrão de conducta para todos os casos. O padrão que melhor se adapta á maioria delles, eis o que desejamos pôr em realce.

Compulsando os autores e as estatisticas, verifica-se que as tendencias individuaes convergem para dois processos: a sutura da perfuração e a ileostomia, ambas acompanhadas da drenagem do peritoneo. Não obstante, outros processos têm sido côroados de exito. Mesmo entre nós, a resecção da alça doente deu um caso de cura a Eurico da Silva Bastos (12) — caso feliz, em forma boa (febre typhoide ambulatoria), pois em 15 casos por esse processo tratados e referidos na these de Buizard (13) houve apenas duas sobrevidas e Harte e Ashhurst (14) registaram 1 cura em 5 casos. Sendo excepção, não é para se recommendar esse processo. Melhor será voltarmos a attenção para as duas grandes correntes, ambas estribadas em alga-

rismos de valor equivalente — a dos que executam a fistulização e a dos que suturam a perfuração. Não seria possível approximar essas duas correntes, aproveitando a que ha de vantajoso em ambas? Pensamos que sim, embora á primeira vista pareça que ellas se collocam em campos diametralmente oppostos. E é pensando desse modo que traçamos a seguinte “conducta do cirurgião na perfuração intestinal por febre typhoide”:

1. Cuidados pre-operatorios.
2. Anesthesia tronco-regional ou geral ou associação á Crile.
3. Laparotomia mediana infraumbilical.
4. Pesquisa da perfuração.
5. Sutura da perfuração.
6. Enxerto epiploico livre sobre a sutura.
7. Limpeza da cavidade por aspirador electrico atraumatico.
8. Lavagem da cavidade com filtrado coli-typhico.
9. Drenagem da cavidade peritoneal com tubos de borracha pelo angulo inferior da incisão.
10. Incisão na região iliaca direita, appendectomia e cecostomia.
11. Cuidados post-operatorios.

Justifiquemos essa conducta:

1. Cuidados pre-operatorios. — São os que todos nós sabemos: intervenção o mais precoce possível, depois do combate ao estado de choque (transusão sanguinea, soro gommado, cardiotonicos, hypertonicos, sedativos, soro chloretado, reauecimento e abstenção dos estimulantes typo *strychnina* e oleo canforado) e da immobilização do doente na posição de Fowler, transportando-o o menos possível, mantendo-o longe das excitações psychicas, afastado mesmo das pessoas da propria familia.

2. Anesthesia. — A maioria dos autores tem se utilizado da narcose, seja pelo chloroformio, seja pela mistura A C E, balsamizada ou não. O ethyleno talvez seja menos prejudicial. Allegam os autores que os maleficios da narcose não são tão evidentes em taes casos, porque geralmente os doentes adormecem com pequenas quantidades de anesthesico. Arcangeli (15) chega mesmo a dizer que a anesthesia pelo chloroformio tem uma influencia benefica sobre a molestia fundamental, pelo menos por alguns dias. Entretanto será preferivel a anesthesia tronco-regional com novocaina a 1/2%. E' certo que no abdomen agudo o silencio desejavel nem sempre se faz e a relaxação muscular é precaria, mas nós mesmo temos levado a bom termo laparotomias por perfuração de ulcera gastrica e de ulcera duodenal sem que tivessesmos necessidade de recorrer a outra anesthesia que á tronco-regional. Pelo menos para os primeiros e para os ultimos tempos da intervenção é a anesthesia que melhor convem, diminuindo de muito o tempo da narcose ou a quantidade do narcotico. E' a anesthesia combinada, a associação anociva de Crile, que pode ser ainda mais vantajosa com a prescripção anterior da

mórfina por via subcutanea, aliás já aconselhada para beneficiar o período pre-operatório.

3. Incisão. — A laparotomia mediana infraumbelical é a que melhor facilita a pesquisa da perfuração com o mínimo de traumatismo. “A minha propria preferencia é pela incisão mediana”, diz Moynihan (14). É uma opinião abalizada. Demais, segundo Waldemar Cerdeira Bordallo (16), “a laparotomia mediana infraumbilical é geralmente a incisão de escolha”.

4. Pesquisa da perfuração. — Deve ser feita a partir do ceco, minuciosamente, examinando bem o bordo livre do delgado, afastando as deposições de fibrina, tendo em mente que a perfuração pode ser punctiforme e ás vezes só evidenciada pela expulsão de bolhas gazosas ou de matéria intestinal.

5. Sutura da perfuração. — É preferível fazel-a com categut chromado. Pode ser em bolsa, invaginando a parte perfurada; pode ser por simples approximação dos bordos, por meio de um ou mais pontos que transfixem a serosa e as musculares; e, nas perfurações de maiores dimensões, poder ser por sutura continua, recoberta, si possível, por nova sutura sero-serosa.

6. Enxerto epiploico. — O enxerto epiploico é uma garantia. Elle não deve ser feito á maneira de Lenormant, com pediculo vascular, porque, conforme salienta Sebastião Hermeto Junior (17), “tem a desvantagem de poder occasionar o estrangulamento interno, pelo pediculo transformado em brida”. É preferível o enxerto livre, aconselhado por Errard: um pedaço de epiploon sufficiente para recobrir a sutura é sobre ella extendido e fixado por pontos separados.

7. Limpeza da cavidade. — É preferível fazel-a com aspirador electrico atraumatico, que economisa tempo e evita o recalçamento das visceras. O enxugamento por compressas é mais demorado, comprime as visceras e geralmente suja o campo operatorio.

8. Lavagem da cavidade. — Moynihan (14) aconselha o soro physiologico. Alguns autores usam antisepticos. Entre nós, Oscar Bruno (18) preconisa o emprego da prata colloidal para qualquer especie de peritonite. A maioria dos autores abstem-se da lavagem da cavidade peritoneal, contentando-se com a limpeza mecanica. De nossa parte, achamos razoavel o emprego do filtrado coli-typhico. É sabido que a infecção typhica exalta os germes intestinaes, como o *Bacillus perfringens*, conforme os estudos de Weinberg e Alexa (19), e mais communmente o *Bacterium coli*, que, por si só, tornado virulento nas ulcerações typhicas, é capaz de produzir peritonite, na opinião de Park Williams e Krumwiede (20). Por outro lado, Hiss e Zinsser (21) dizem que o facto de as agglutininas para o coli estarem augmentadas no soro de convalescentes de febre typhoide e dysenteria pode ser explicado de uma parte pelo augmento do grupo de agglutininas produzido pelo agente especifico infectante, doutra

parte pela invasão do coli ou absorpção dos seus productos em consequencia do estado da mucosa intestinal. Segundo Besson (22), Sannarelli conseguiu exaltar a cultura inactiva do bacillo typhico associando a ella, nas suas experiencias, uma cultura antiga e esterilizada de *Bacterium coli*. Assim ha uma acção reciproca: o agente da febre typhoide exaltando o coli e este augmentando a virulencia daquelle. E é tão grave a intoxicação pelo coli exaltado que Adams, de Hamburgo, prepara um soro anti-coli que usa com successo na sua clinica pediatrica. E' em virtude disso tudo que entre nós Eduardo Vaz associa o coli ao typhico nos filtrados que prepara para tratamento da febre typhoide. Esse filtrado coli-typhico é que achamos razoavel seja empregado na lavagem da cavidade peritoneal nas perfurações typhicas.

9. Drenagem. — A maioria dos autores propende para o uso dos drenos de borracha. E' o que affirma Sebastião Hermeto Junior (17); é o que prefere Moynihan (14). De nossa parte, gostamos mais dos drenos não fenestrados, por permittirem a introdução de liquidos até onde se achou conveniente deixar a extremidade do tubo.

10. Cecostomia. — E' a fistulização do intestino, com todos os seus beneficios: a evacuação facil e continua de toxinas contidas no intestino; prevenção do ileus paralytico; eliminação facil dos gazes; diminuição da pressão intrainestinal, afastando o perigo de novas perfurações e favorecendo o restabelecimento do peristaltismo intestinal. A cecostomia é therapeutica de qualquer peritonite generalizada. Mesmo na febre typhoide, P. Bonnet (23) já a empregou num caso em que não encontrou perfuração.

A cecostomia pode ser feita pelo processo de Theodoresco, descrito entre nós por Sebastião Hermeto Junior (24) e que offerece a vantagem de se poder cerrar a fistula quando se desejar, evitando que se prolonguem as perdas intestinaes, o que, para alguns, redundaria na deshydratação do doente. Eis, em resumo, como procede Theodoresco:

1. Incisão da pelle, tecido cellular subcutaneo e aponevrose do grande obliquo.
2. Dissociação das fibras do pequeno obliquo.
3. Separação do pequeno obliquo do transverso numa extensão tal que, levantando com uma pinça o transverso, appareça como que um sacco herniario ou dedo de luva (fig. 3).
4. Abertura desse dedo de luva na sua extremidade, cortando o transverso, o fascia transversalis e o peritoneo, de maneira a transformar-se num cylindro oco.
5. Fixação do intestino por quatro pontos de segurança á volta do orificio profundo do cylindro (fig. 4).
6. Sutura da base do cylindro ao intestino (fig. 5).
7. Passagem de um ponto em 8, com fio de linho, abrangendo o pequeno e o grande obliquo, de maneira a poder-se approximar ou afastar as fibras dissociadas desses dois musculos (fig. 6).
8. Sutura dos bordos do orificio externo do cylindro á pelle.
9. Abertura do intestino. (fig. 7).

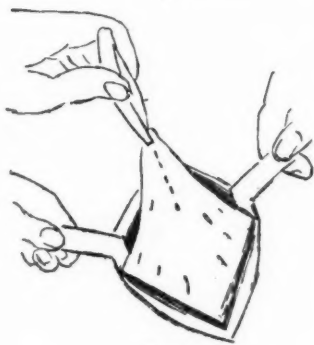


Fig. 3

Formação de um dedo de luva pelo repuxamento do musculo transverso através das fibras dissociadas do grande e do pequeno obliquo.

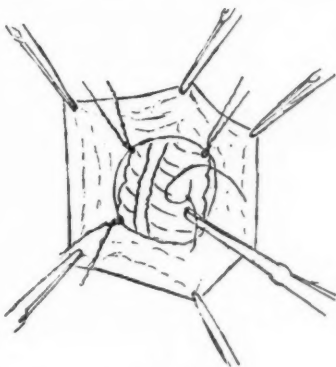


Fig. 4

Fixação do Intestino á volta do orificio profundo do dedo de luva, agora transformado em manguito.

Uma grande vantagem da cecostomia é a facilidade e quasi nenhuma gravidade da sua redução, caso não feche a fistula espontaneamente. Outra vantagem é ficar situada a um canto da grande cavidade, fóra do sitio normal das alças delgadas, que, assim, alli difficilmente contrahiriam adherencias ou se interporiam entre bridas, dando occlusão aguda.

Uma vantagem ainda: a extirpação do appendice. Nas peritonites por perfuração de ulcera duodenal já temos encontrado o appendice agudamente inflammado e essa inflamação secundaria ás vezes é tão intensa que até pode perturbar o quadro clinico, como já tivemos occasião de verificar em um caso de perfuração duodenal, em que um distincto collega firmára o diagnostico de appendicite, tal a intensidade da dor na fossa iliaca direita. Taes factos são encontrados. Nas perfurações typhicas a appendicite secundaria pode ocorrer, caso já não esteja o appendice inflammado pela propria mo-

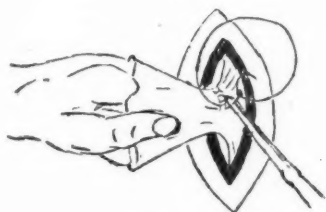


Fig. 5

Sutura da base do manguito ao intestino.

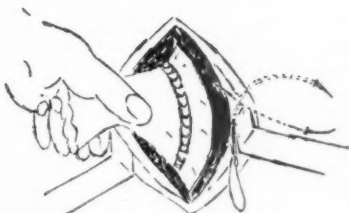


Fig. 6

Passagem do ponto em 8 que permittirá approximar ou afastar as fibras dissociadas do pequeno e do grande obliquo.

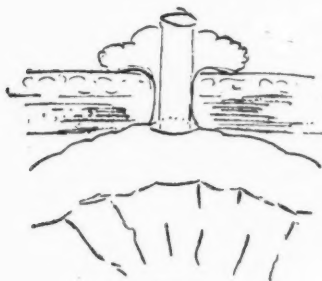


Fig. 7

Ve-se o intestino preso na face posterior da parede anterior do abdomen, cujos musculos e tecido cellular subcutaneo estão protegidos pela sutura á pelle do bordo do orificio externo do manguito revestido de peritoneo.

typhicas de Dieulafoy" e affirmam que a sua forma mais commum é a perforante, cuja frequencia com respeito ás perfurações do resto do intestino oscilla entre 1,4 e 7,3%, conforme diversas estatisticas. Para D. Casella (15), em 10% dos casos a perfuração se dá no appendice ou no colo, o que é mais um elemento em favor da appendectomia. Buizard (17) colheu 8 casos de perfuração typhica no appendice. Na opinião de Sebastião Hermeto Junior (17), "o appendice, devido ao grande desenvolvimento do seu aparelho lymphoide, é sujeito á localização de processo ulceroso" e isso "justifica a necessidade do exame daquelle organo em todo laparotomizado por uma peritonite no curso da febre typhoide".

Diante desses factos, parece-nos de todo aconselhavel a remoção do appendice.

11. Cuidados post-operatorios. — Aos cuidados communs reclamados pelas peritonites, ajuntamos a irrigação intestinal pelo filtrado coli-typhico, bem como a sua introdução na cavidade abdominal através dos drenos de borracha.

São essas as normas que nos parecem mais aconselháveis. Esperemos que os prezados consocios externem o seu ponto de vista e que, com isso, possamos aprender muito de util, que beneficie os nossos doentes e faça diminuir a espantosa porcentagem da mortalidade por perfuração intestinal no decurso da febre typhoide.

Damos a seguir o resumo da observação de um caso que operámos seguindo as linhas geraes dessa conducta:

E. Z., 37 annos, viuvo, brasileiro, operario, residente nesta capital. Depois de cerca de 10 dias de um estado febril, foi removido para o Hospital do Isolamento a 30 de abril de 1932, com o diagnostico de febre typhoide. Alli esteve internado no Pavilhão n.º 2 sob o n.º 256. Confirmado o diagnostico, foi-lhe admi-

lestia. Essa eventualidade foi verificada em um dos casos de Gó-doy Moreira (25). Bérard (26) classifica como appendicite gangrenosa em typhicos dois casos apresentados por Santy á Sociedade de Cirurgia de Lyon. Falando a respeito de um doente que havia observado, G. Cotte (27) affirmou que, diante de um caso semelhante, faria agora uma appendicostomia.

Moiroud e Avierinos (28) registaram um caso de perfuração do appendice no decurso da febre typhoide. Descrevendo um caso de appendicite aguda no decurso de febre typhoide, Isaac e Domingo Mosto (29) põem em realce as chamadas "appendicites

nistrado, no dia 1.º de maio pela manhã um pouco de Laxol, resultando duas dejecções na tarde desse dia e outra pela manhã do dia seguinte, dia em que, ás 15 horas e meia, começou a sentir fortes dores no ventre, tendo a sensação de que lhe torciam os intestinos. Dentro em pouco, a temperatura, que ao meio dia era de 37,6, cahiu para 36,3, acompanhando-se de intensa sudorése e accelexação do pulso, que passou a 96 por minuto. Era essa a situação quando foi examinado pelo dr. Luis Pereira Barretto Netto, ás 17 horas. A parede abdominal apresentava-se tensa, com grande defesa muscular generalizada e hyperesthesia cutanea mais accentuada no quadrante inferior direito. Feito o diagnostico de perfuração intestinal no decurso de febre typhoide, tratou-se de remover o doente para o hospital da Beneficencia Portuguesa, o que só realizou algum tempo mais tarde. A's 21 horas examinámos o paciente, confirmando o diagnostico de perfuração feito por aquelle prezado collega. Enquanto se preparava o material para a operação, mandamos fazer 500 cc. de soro physiologico subcutaneamente e uma empola de Sedol.

A's 22 horas iniciámos a intervenção (operação n.º 1.717), auxiliado pelo doutorando Nelson Rodrigues Netto, nosso prezado companheiro de trabalho. Narcose pelo Balsoforme, tendo bastado pequena quantidade de anestesico, pois o paciente, alem do estado proprio do accidente e da adynamia resultante da molestia, já possuia um organismo debilitado, tendo soffrido pouco antes uma gastroduodenectomia parcial, feita pelo prof. B. Montenegro, nosso prezado mestre. Incisão mediana subumbilical. Aberto o peritoneo, presença de liquido fecaloide na cavidade á medida que faziamos a exploração. Últimas alças delgadas fortemente hyperhemíadas e com pequenos depositos de fibrina, facilmente destacaveis. A cerca de 10cm. do ceco, na face direita da ultima alça e perto do seu bordo livre, uma perfuração punctiforme, de bordos endurecidos, por onde extravasava liquido intestinal. Um ponto de approximação dos bordos, com categuthe chamado n.º 0. Epiploonplastia livre, fixando o retalho por 4 pontos separados. Lavagem da cavidade com um frasco de Bucco-vaccina coli-typica. Dois drenos de borracha n.º 40, na bacia e na fossa iliaca direita. Fechamento parcial da incisão por planos, collocando crina e alguns agrafes na pelle. Incisão de Mac Burney. Appendectomia e fistulização do ceco á parede. Sonda Nelaton n.º 18 no interior do intestino grosso.

Post-operatorio: soro physiologico, soro glycosado, cardiotonicos, lavagem da grande cavidade com Pyoloco para peritoneo, realizada através dos drenos. Bucco-vaccina coli-typica, uma colherinha cada hora. O ventre manteve-se flascido. O doente somente se queixou, no fim de 48 horas, de colicas pouco intensas, que tiveram pequena duração. O estado geral foi melhorando vagarosamente. Alguns dias mais tarde, num dos curativos, o enfermeiro notou que havia desaparecido um dos drenos, o restante, que ainda estava garantindo a drenagem da peritonite. Tendo sido infructiferas as tentativas de encontrá-lo, radiographámos o doente, verificando a sua presença no fundo da bacia. Nova intervenção (operação n.º 1779) em 13 de junho de 1932, sob anesthesia local, sendo feita a extracção do corpo estranho. Cicatrizada a ferida mediana, demos alta ao paciente, que, em meados de agosto de 1932, de novo se internou na Beneficencia Portuguesa, reclamando a redução da fistula temporaria, que aliás estava em caminho de fechamento expontaneo. A intervenção (operação n.º 1.869), fizemo-la pelo processo intraperitoneal, sob anesthesia local com novocaina a 1/2 %; sutura em bolsa da pelle, sepultando o orificio externo da fistula; incisão cutanea elliptica; libertação do tracto fistuloso; secção do ceco e sutura da brecha em duas camadas; fechamento da parede por planos. Cicatrização por primeira intenção.

RESUMO. — Procurando conciliar as tendencias da cirurgia da perfuração do intestino delgado no decurso da febre typhoide, tendencias que dividem os operadores em duas grandes correntes — a dos que simplesmente suturam a perfuração e a dos que fazem a enterostomia da alça perfurada — traçamos as seguintes normas para a conducta do cirurgião em taes casos:

1. Cuidados pre-operatorios: combate ao estado de choque, immobilização do doente na posição de Fowler e intervenção precoce.

2. Anesthesia tronco-regional ou geral ou associação á Crile.
3. Laparotomia mediana infraumbilical.
4. Pesquisa da perfuração.
5. Sutura da perfuração.
6. Enxerto epiploico livre sobre a sutura.
7. Limpeza da cavidade por meio do aspirador electrico atraumatico.
8. Lavagem da cavidade com filtrado coli-typhico.
9. Drenagem da cavidade peritoneal com tubos de borracha pelo angulo inferior da incisão.
10. Incisão na região iliaca direita, appendectomia e cecostomia.
11. Cuidados post-operatorios : cardiotonicos, medicação especifica, soros, etc..

Culxa 1571.

CITAÇÕES

- 1 — ROBERT SOUPAULT — *Du mode opératoire des perforations typhiques* — "Paris Medical", XXIII, 509, 10 de junho de 1933.
- 2 — W. D. HAGGARD — revisão da literatura publicada, em "Medical Record", LXVI, 89, 1904 — citado por Moynihan em "Abdominal operations", II, 220, 4.^a edição, Saunders, 1926.
- 3 — MAUGER — *La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes ; son traitement chirurgical* — these de Paris, 1900 — citado por Sebastião Hermeto Junior, na these abaixo referida.
- 4 — CORRENTINO PARANAGUÁ — *Considerações em torno das rupturas da vesicula biliar em peritoneo livre* — these do Rio, 1929.
- 5 — P. SANTY — *Complications biliaires dans la fièvre typhoide* — "Lyon Chirurgical", XXVI, 301, março-abril de 1929.
- 6 — TAVERNIER — *A' propos des péritonites typhiques* — "Lyon Chirurgical", XXVI, 297, março-abril de 1929.
- 7 — ROBERT SOUPAULT — *Deux cas de perforation intestinale typhique opérés et guéris* — "Bulletins et Mémoires de la Societé Médicale des Hopitaux" n.º 8, sessão de 3 de março de 1933.
- 8 — AUGUSTO BRANDÃO FILHO — "Clinica Cirurgica", I, 120, Rio, 1922.
- 9 — ANTOINE BASSET — *Duodenostomia á Witzel* — resumo de "Journal de Chirurgie", maio de 1933, em "Revista de Medicina Militar", (Rio, XXII, 196, julho a outubro de 1933).
- 10 — R. GUEULLETTE — *A' propos tu diagnostic et du traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoide* — "Journal de Chirurgie", XXIV, 257, 1924.
- 11 — NOVÉ-JOSSERAND — discussão de um trabalho de P. Bonnet sobre — *Complications péritoneales de la fièvre typhoide* — "Lyon Chirurgical", XXVI, 287, março-abril de 1929.
- 12 — EURICO DA SILVA BASTOS — *Perfuração do intestino no curso de febre typhoide* — "Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo", IX, 298, junho-agosto de 1926.
- 13 — BUIZARD — *Du traitement chirurgical de la perforation intestinale typhique* — these de Paris, 1909 — citado por varios autores.
- 14 — B. MOYNIHAN — "Abdominal Operations", II, 215, Saunders, 4.^o edição, 1926.
- 15 — D. CASELLA — *Le peritoniti acute nella pratica ospedaliera militare* — "La Clinica Chirurgica", XXXV (VIII da nova serie), 1.420, dezembro de 1932.
- 16 — WALDEMAR CERDEIRA BORDALLO — *Das perfurações expontaneas ileo-jejunaes* — these do Rio, 1930.
- 17 — SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR — *Perfurações intestinaes no curso da febre typhoide* — these de São Paulo, 1931.
- 18 — OSCAR I. A. BRUNO — *Dois interessantes casos de hernia estrangulada num mesmo plantão da Santa Casa ; keloctomia com transfusão do anel cons-*

- trictor; considerações sobre a prata colloidal - edição do autor, São Paulo, 1932, e "Acção da prata colloidal na cavidade peritoneal", edição do autor, S. Paulo, 1932.
- 19—M. WEINBERG e J. ALEXA - *Contribution expérimentale à l'étude de l'intoxication mixte dans la fièvre typhoïde; association du Bacille typhique et du Bacille perfringens* - "Comptes Rendus de la Société de Biologie", XCVIII, 514, 24 de fevereiro de 1928.
- 20—WILLIAM PARK, ANNA WILLIAMS e KRUMWIEDE - "Pathogenic Microorganisms", 415, Lea & Febiger, Philadelphia, 1929.
- 21—HISS e ZINSSER - "Textbook of Bacteriology", 533, 6.^a edição, Appleton & Co., Nova York, 1927.
- 22—BESSON - "Technique Microbologique et Sérothérapique", Ballière & fils Paris, 1920.
- 23—P. BONNET - *Complications peritoneales de la fièvre typhoïde* - "Lyon Chirurgical", XXVI, 287, março-abril de 1929.
- 24—SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR - *Nova technica proposta para a execução das enterostomias em geral* - "Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia", XXIV, 47, julho de 1932.
- 25—FRANCISCO ELIAS DE GODOY MOREIRA - *Contribuição ao estudo das perfurações intestinaes no decurso da febre typhoïde* - these de São Paulo, 1923.
- 26—BÉRARD - ao discutir uma comunicação de Santy sobre *Complications cecales et pericecales de la fièvre typhoïde* - "Lyon Chirurgical", XXVI, 265, março-abril de 1929.
- 27—G. COTTE - *Sur le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde* - "Lyon Chirurgical", XXVI, 270, março-abril de 1929.
- 28—MOULONGUET e BAUMANN - *La chirurgie générale* - "Le Monde Médical", XLII, 336, 1-15 de março de 1932.
- 29—ISAAC NATIN e DOMINGO MOSTO - *Apendicitis y fiebre tifoidea* - "La Semana Médica", XXXIX, 595, 25 de fevereiro de 1932.

ACABA DE APPARECER

"Cirurgia de Urgencia"

pelo prof.

Augusto Paulino

Cathedratico da Faculdade
do Rio de Janeiro

PEDIDOS A

F. BRIGUIET & CIA.

Rua S. José, 38 - Rio

"A Standard Classified Nomenclature of disease"

1 vol. de 700 paginas

Nova nomenclatura e classificação das molestias pelo processo decimal organizadas pelas principais associações norte-americanas após 4 annos de estudo.

PEDIDOS A

THE COMMONWEALTH FUND
41 EAST 57 STREET, NOVA YORK

STAPHYLASE do D^r DOYEN

Solução concentrada, inalteravel, dos principios activos das leveduras de cereja e de vinho.

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloldal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a maior parte das DOENÇAS INFECCIOSAS

2 FORMAS : MYCOLYSINE POTAVEL • MYCOLYSINE INJECTAVEL.

Tratamento especifico, completo das
AFFECCÕES VENOSAS

Veinosine

Confeitos com base de Hypophyse e de Thyroide em proporções judiciosas, de Hamamelis, de Castanea da India e de Citrato de Soda.

DEPOSITO GERAL : **P. LEBEAULT & C^{ie}**, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

Fermentos Láticos

Dr. J. R. A. Guimarães

Do Serviço de Clínica da Santa Casa

INTRODUÇÃO

O emprego de modo empirico, de leites fermentados, vem de data já muito remota.

Assim é que de épocas ha muito passadas, no Caucaso era usado o Kyppe.

A sua introdução na Allemanha data do fim do seculo XVII e na França, de Francisco I, espalhando-se posteriormente por toda a Europa e Americas.

O conhecimento scientifico dos fermentos laticos é porém da era pasteuriana (1857) tendo sido descobertos pelo grande scientista francez, que estudou em primeira mão o antagonismo entre elles e varias especies de bacterias.

Em annos mais proximos innumerados têm sido os experimentadores que se têm dedicado aos estudos desses fermentos, tendo á frente Metchnikoff que foi o primeiro a empregar-os no tratamento de varias infecções do tubo intestinal.

Dessa época em diante são muitissimos os autores que a elles se têm dedicado em variadissimos estudos, tanto sob o ponto de vista terapeutico, como bacteriologico, não cabendo cital-os numa simples resenha de observações praticas de um producto manufacturado, que é o que nos propomos.

E' hoje fato aceite e incontestado o seu valor terapeutico, sendo apenas de nosso interesse verificar quaes os productos que verdadeiramente contemham bacillos, optimos productores de acido latico, isto é, aquelles que o clinico poderá empregar constantemente na esperança de successo, por ter propriedades terapeuticas de valor.

No presente trabalho, estudamos um producto do laboratorio "Sanitas", Lisboa e Brasil — e apresentamos finalmente alguns resultados obtidos na pratica clinica.

Estes ultimos, poucos e variados, não têm um valor estatistico, mas apenas são observações que talvez possam, juntas ás de outros collegas servir para o futuro.

EXPERIENCIAS

As experiencias no laboratorio foram feitas da seguinte maneira: fizemos culturas de "Lacto-symbiosina" "Sanitas" (cultura total láticos — bulgaros — *S. cerevisiae*) em caldo peixe.

Tomamos para isto uma pastilha em 5 c.c. de meio.

Vinte quatro horas após, tiramos um centimetro cubico desta cultura e misturamos com igual quantidade de cada uma das de germens patogenicos, separadamente.

Desta mistura, recolhemos 0,25 c.c. e semeamos em placas com agar simples (pH — 7,5) que foram levadas á estufa a 39° e observadas diariamente.

A repicagem foi feita sem se espalhar muito pela placa, para que o desenvolvimento das colonias fosse muito aproximado.

Os resultados obtidos são os verificados nas tabellas e que transcrevemos:

a "Lactosymbiosina-Sanitas" extinguiu a cultura de tificos em onze dias (media).

a cultura de paratificos em seis dias (media)

a cultura de coli em seis dias (media)

a cultura de disentericos em cinco dias (media).

Observou-se tambem que a cultura de "Lactosymbiosina-Sanitas" funde a gelatina lentamente, acidificando o meio com produção de gazes.

Ella agiu sobre os assucars por nós usados — Sacarose — Glucose — Manita — Lactose e Amido — fermentando intensamente o primeiro meio e levemente o segundo e o terceiro em 24 horas, não tendo agido sobre os dois ultimos.

Sobre o leite, as pastilhas agem, produzindo coagulação (leite esteril) e acidificando o meio intensamente (2,8% a 3,2%).

O exame microscopico dos comprimidos, dissolvidos aseticamente em agua esterilizada, revela: amido, levedura de cerveja, rarissimos coccus, estreptobacillos, bacillos esporulados e bacillos longos.

A classificação dos germens deixamos aos bacteriologistas, pois só executamos o presente trabalho levados pela nossa curiosidade de vida aos resultados que temos obtido com o preparado.

ALGUNS DADOS DE OBSERVAÇÃO CLINICA

P. P. — Um e meio anno. Ainda toma o peito. Complexão forte. Aspecto sadio. Veiu á consulta devido a fortes colicas que apparecem intermittenemente, durante seis a oito dias. As evacuações são mucosas e fetidas, muito repetidas no periodo das colicas. Não sobrevem estado febril.

Usou "Lactosymbiosina". Uma pastilha triturada com assucar de tres em tres horas. Melhoras notaveis no terceiro dia.

Desapparecimento das colicas por completo no quarto dia, regularizando-se as evacuações.

ira:
otal

esta
ger-

com
ser-

ara

ns-

em

ni-
lu-

lu-
o
ão

ite

n-
si-
os.
is
e-

to
e,
as

m

se

| DIAS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| Tifo: Cult. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N.º 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | X | | | | | |
| N.º 2 | - | - | - | - | - | - | - | X | - | - | X | | | | | |
| N.º 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | X | | |
| N.º 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | X | | | | |
| N.º 5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | | |
| N.º 6 | - | - | - | - | - | - | X | - | - | - | - | X | | | | |
| N.º 7 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | X | X | | | | |
| N.º 8 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | |
| N.º 9 | - | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | |
| N.º 10 | - | - | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | |
| Paratifo: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N.º 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | |
| N.º 2 | - | - | - | X | - | - | - | X | | | | | | | | |
| N.º 3 | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | |
| N.º 4 | - | - | - | - | X | - | - | X | | | | | | | | |
| N.º 5 | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | | | | | |
| N.º 6 | - | - | - | - | X | - | - | - | | | | | | | | |
| N.º 7 | - | - | - | - | X | - | - | - | | | | | | | | |
| N.º 8 | - | - | - | - | - | - | X | - | X | | | | | | | |
| N.º 9 | - | - | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | |
| N.º 10 | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | |
| Coli: Cult. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N.º 1 | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | | |
| N.º 2 | - | - | - | X | - | - | X | | | | | | | | | |
| N.º 3 | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | |
| N.º 4 | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | |
| N.º 5 | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | |
| N.º 6 | - | - | - | - | X | - | - | X | | | | | | | | |
| N.º 7 | - | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | |
| N.º 8 | - | - | - | - | X | - | - | - | X | | | | | | | |
| N.º 9 | - | - | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | |
| N.º 10 | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | | |
| Shiga et Flexner: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N.º 1 | - | - | - | X | | | | | | | | | | | | |
| N.º 2 | - | - | - | - | X | | | | | | | | | | | |
| N.º 3 | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | |
| N.º 4 | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | | |
| N.º 5 | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | | |
| N.º 6 | - | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | |
| N.º 7 | - | - | - | X | | | | | | | | | | | | |
| N.º 8 | - | - | X | | | | | | | | | | | | | |
| N.º 9 | - | - | - | - | X | | | | | | | | | | | |
| N.º 10 | - | - | - | - | - | X | | | | | | | | | | |

O signal (—) indica os dias em que os bacillos pathogenicos ainda se encontram nos meios de cultura.

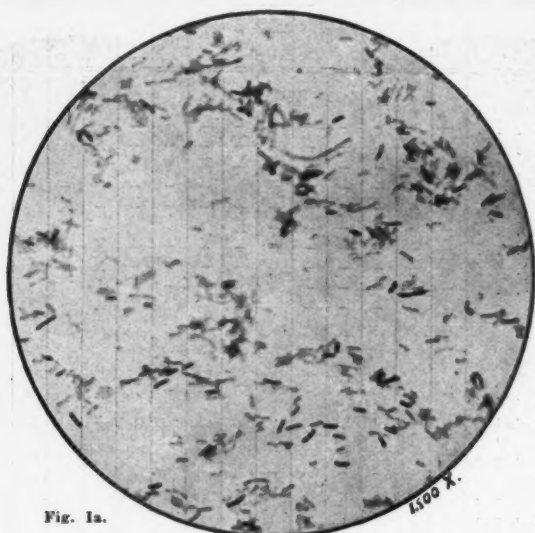


Fig. Ia.

Cultura tifíca e "Lactosymbiosina" com
24 horas. Augm. 1.500 X.

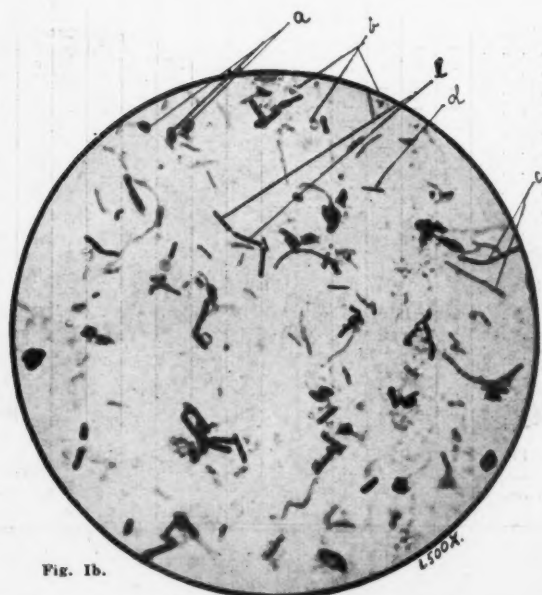


Fig. Ib.

11 dias após a: *S. cerevisiae*. b: *coccus acidophilus*. c: *b. bulgaricus*. d: *b. esporulados*. e: *b. bulgaricus* in cadeia.
Augm. 1.500 X.

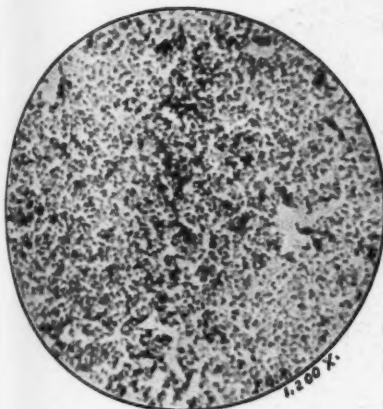


Fig. IIa.

Cultura paratífica e "Lactosymbiosina" com 24 horas. Ha um predomínio inicial formidável do germen patogênico.
Augm. 1.200 X.

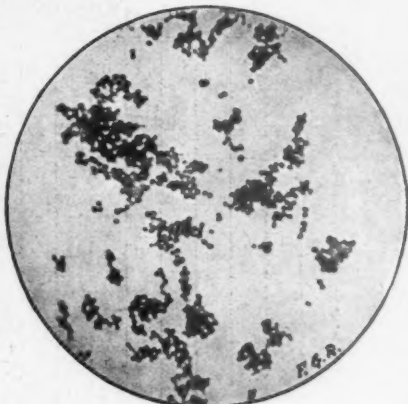


Fig. IIIa.

Cultura coli pura com 24 horas.
Augm. 1.200 X.



Fig. IIb.

6 dias após. Semelhante á figura Ib.
Augm. 1.200 X.

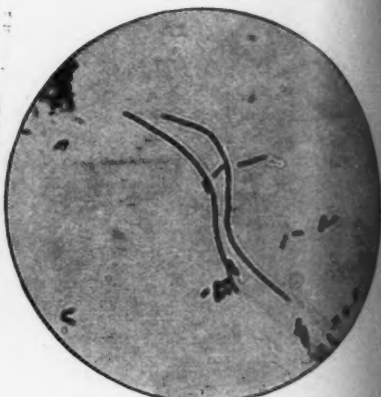


Fig. IIIb.

Cultura de "Lactosymbiosina-Sanitas" repicada junto com igual quantidade de coli. Seis dias de vida. Semelhante a figura Ib. Augm. 1.200 X.

**Fig. IVa.**

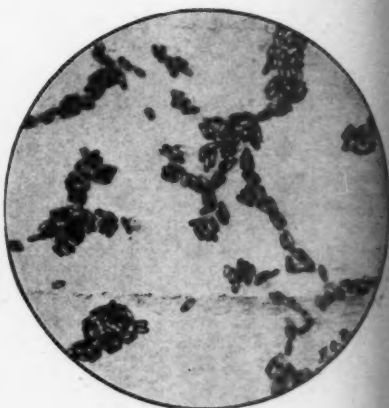
Cultura de Flexner e Shiga e "Lactosymbiosina-Sanitas" com 24 horas
Augm. 1.200 X.

**Fig. V.**

Bacillus bulgaricus in cadeia, abundantísimos nas culturas de comprimidos de "Lactosymbiosina-Sanitas", Aug. 1.500 X.

**Fig. IVb.**

5 dias após. Semelhante à fig. Ib.
Augm. 1.200 X.

**Fig. VI.**

Bacilos esporulados, acidophilus, também intensamente encontrados nas mesmas culturas.

tis-
de
X.

A. M. de P. — Quatro e meio annos. Rachitica. Alimenta-se muito (sic).

A pesquisa de helminthos nas fezes resultou negativa. Diarrhéa abundante e mucosa, raramente sanguinolenta. Não tem febre, brinca normalmente sendo intelligente e alegre.

Ordenei o uso de dez pastilhas de "Lactosymbiosina" diariamente.

Em cinco dias as evacuações se normalisaram.

A. S. — Idade avançada. Quasi não se alimenta, porque sua digestão se processa lenta e difficulosamente. Institui regimen alimentar rico em proteínas e aconselhei o uso systematico de cinco pastilhas de "Lactosymbiosina", meia hora antes dos alimentos.

O doente considera-se quasi curado (sic) com menos de um mez de regimen, estando o seu estado geral muito melhorado.

L. L. — Oito annos. Fraca em consequencia de uma disenteria (já curada) que teve ha tres mezes mais ou menos.

Tem dores vagas que apparecem intermittenemente na região abdominal, seguindo-se um estado diarrheico passageiro.

Institui regimen dietetico-hygienico e uso constante de "Lactosymbiosina" (seis comprimidos diarios). Os incommodos desapareceram por completo em quinze dias.

P. N. — Rapaz forte. Esportista. Dorme e alimenta-se bem. Tem grande quantidade de espinhas nas faces. Wassermann negativo.

Procurou por diversos tratamentos, melhorar sua cutis, não obtendo resultados satisfatorios.

Fezes muito fetidas, si bem que de aspecto normal. Está usando "Lactosymbiosina", doze comprimidos diarios. Voltou depois de um mez dizendo terem as suas evacuações perdido a fetidez e com a pele quasi sem espinhas.

CONCLUSÃO

Terminado este despretencioso trabalho, que não passa de pallida contribuição ao estudo dos fermentos laticos, que vêm tendo dia a dia, maior applicação na clinica, queremos realçar uma consideração inicial que nos parece não ter sido até ao presente observada.

Notamos sempre, que quando no fim de vinte e quatro horas, o germen patogenico se apresenta nas culturas em quantidade muito superior a dos germens laticos, estes em menos tempo os aniquilavam posteriormente.

Notamos tambem que tanto o poder anti-putrido comò o antibiotico e acidogenico dos fermentos estudados parecem exaltados em vista da presença da *S. cerevisae*, pois, com outros productos por nós observados e não contendo este fermento, os resultados não foram tão satisfactorios.

Finalmente justificando o tempo gasto em tais observações, citamos as amplas applicações dos fermentos laticos na clinica; elles têm sido empregados com vantagens enormes no tratamento das:

Constipações intestinais, Colites, Enterites, Desinterias, Tifoide, Tuberculose intestinal,

Intoxicações intestinaes autogenas e diversos estados morbidos de origem intestinal e estados de convalescenças de doenças infecciosas.

Artefactos de Borracha

**LUVAS DE BORRACHA PARA CIRURGIA.
TUBOS DE BORRACHA PARA TODOS OS FINS.
BICOS E CHUPETAS. ROLHAS DE BORRACHA.
DEDEIRAS.**

VARIOS ARTIGOS PARA LABORATORIO e PHARMACIA

Genesio Figueirôa

CAIXA POSTAL, 1256

Rua Ypiranga N.º 19-A e 19-B

São Paulo

MAGNESIA FLUIDA

*Preparado popular de resultados seguros,
usado entre nós ha quasi cem annos.*

E' um excellente remedio empregado em todos os casos de irritação e perturbações de estomago, acidez, enjoo, vomitos, asias e dôr. Poderoso absorvente de gases, emprega-se por isso, com vantagem, nas dyspepsias flatulentas, desarranjos intestinaes, molestias do figado, enxaqueca, prisão de ventre. Um vidro, tomado em duas vezes, com intervallo de 20 minutos, opéra como laxativo suave, proprio para as pessoas fracas.

Preparada com grande esmero, no Laboratorio do já conhecido "CAJU" PURGATIVO", emapparelhos especiaes isentos de cobre, o que ha de mais perfeito, e com todos os requisitos adequados e usados nos Laboratorios mais completos da Europa, tem portanto um sabor caracteristico e agradável de Magnesia Fluida purissima: a prova está na grande acceitação por parte do publico e dos senhores medicos.

A "Magnesia Fluida Queiroz", devido ao seu extraordinario poder, sem reclames e em poucos mezes de existencia, já tem uma incalculavel clientela em toda parte do Brasil.

REUNIÕES SCIENTIFICAS

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 18 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. AYRES NETTO.

Considerações em torno das bruceloses — DR. PAULO ARTIGAS. — O A. discorre sobre o apparecimento de casos de brucelose humana em São Paulo.

Faz considerações sobre o diagnostico bacteriologico differencial entre as diversas brucellas e salienta a necessidade da verificação exacta, focalizando a questão dos accidentes do trabalho, dada a possibilidade de uma infecção em operarios que trabalham com animais contaminados. Finalmente o A. enumera as difficuldades do diagnostico e orientação do bacteriologista em face de um caso suspeito de brucelose.

O trabalho foi publicado em nosso ultimo numero.

A radio kymographia plana de Pleikart Stumpf (Estudo radiographic do órgãos em movimento) — DRS. JOSÉ MARIA CABELLO CAMPOS e DANTE PAZZANESE. — Descrevem os A.A. os principios da kymographia e da kymoscopia, assim como a construcção dos aparelhos,

imaginados por Pleikart Stumpf na Alemanha. Enaltecem o valor do methodo em relação á cinematographia, pelas vantagens economicas, simplicidade technica e exactidão dos dados. Falam sobre os caracteres geraes das curvas normaes e de suas diferentes modificações, nos caso pathologicos, particularmente nas molestias do coração, cujos kymogrammas registam além das modalidades proprias do movimento, a situação, o tamanho, a forma do organo, assim como a topographia exacta das varias secções de imagem cardio-vascular.

Apresentam uma serie de kymogrammas do coração, esophago e diaphragma, em chapas originaes, obtidas por um kymographo construido em São Paulo, sob a direcção e para uso particular de ambos. Os kymogrammas, tanto normaes, como pathologicos, foram apresentados e projectados, tendo sido cada um acompanhado de sua respectiva interpretação.

Este trabalho foi publicado em nosso ultimo numero.

SESSÃO DE 27 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. AYRES NETTO.

Diagnostic differencial dos aneurismas thoraxicos — DR. MA-NOEL DE ABREU. — Disse, em resumo, o conferencista :

“O diagnostico differencial dos aneurismas da aorta thoraxica era baseado, em primeiro lugar, nas relações entre o tumor revelado radiologicamente e o cylindro aortico tambem perfeitamente desenhado pela

teleradiographia em varias incidencias.

Esse era o ponto de vista classico. A nossa contribuição nessa primeira phase foi interessante porque com os trabalhos de superficie de contraste e radio-geometria demos á radiologia mediastinal uma base segura sobre a qual construimos as imagens exactas do complexo mediastinal.

Tinhamos assim de um lado o aspecto arterial, do outro o tumor, supposto aneurisma, estabelecendo o diagnostico differencial na morphologia e topographia da referida massa e suas relações de contiguidade com os contornos arteriaes.

Esses estudos são conhecidos e não voltamos senão summariamente a elles. Também citamos de passagem as projecções de Vaguer e Bordet dos aneurismas da crossa nas varias incidencias, esse que apenas se verifica a projecção dos aneurismas da ascendente para a esquerda em obliqua anterior esquerda e os da descendente para a direita em obliqua anterior direita.

O que trazemos de novo á culta medicina paulista e que constitue a a essencia desta conferencia é o papel fundamental da "hydrodynamica sanguinea" no diagnostico differencial dos aneurismas thoracicos.

A engenharia hydraulica conhece perfeitamente a resultante das forças hydrostaticas nas dobras das canalizações. Nas dobras rectangulares aquella tem uma direcção que é a continuação da bissectriz do cotovello da canalização.

Nas massas liquidas em movimento, a hydrodynamica nos ensina o desenvolvimento das forças "centrifugas". E' o que se passa nas curvas dos rios, cujas margens convexas ou externas são profundamente escavadas, enquanto as concavas ou internas são razas e em declive muito lento.

Nos tubos fechados, como se dá no cylindro aortico, o turbilhão sanguineo, impulsionado pela systole ventricular esquerda, exerce sobre a parede vascular forças que obedecem aos principios da hydraulica e "dão ás bolsas aneurismaticas a sua morphologia e direcção proprias".

A direcção do cylindro arterial é a seguinte :

"Ascendente" : a) incidencia postero-anterior — para cima e moderadamente para a direita ; b) obliqua anterior direita — verticalmente para cima ; c) obliqua anterior esquerda — para cima e levemente para diante.

"Joelho anterior" : a) incidencia postero-anterior — para cima sempre, em parte para a esquerda ; b) obliqua anterior direita — para cima ; c) obliqua anterior esquerda — para cima sempre, em parte para trás.

"Porção transversa" : a) incidencia postero-anterior — para a esquerda e para cima, ambas levemente ; b) obliqua anterior direita — para cima e para trás, levemente ; c) obliqua anterior esquerda — para a direita ou para trás, levemente para cima.

"Joelho posterior" : a) incidencia postero-anterior — para a direita e progressivamente para baixo ; b) obliqua anterior direita — para trás e progressivamente para baixo ; c) obliqua anterior esquerda — para a esquerda ou para trás e progressivamente para baixo.

A descripção acima é apenas um esboço, porque somente a observação de cada caso individual nos dá a perfeita direcção do eixo arterial e portanto a direcção das forças centrifugas.

Primeira lei : "o eixo de desenvolvimento do aneurisma está em continuação do segmento aortico que o precede".

Assim, os aneurismas do inicio da ascendente juxta-cardiacos dirigem-se para cima, para a direita e para diante ; os da porção terminal sobem, orientam-se para cima ; os do joelho anterior também sobem ; os da porção transversa dirigem-se de accôrdo com o plano horizontal e os

SATIVAN

Abortivo e curativo da grippe.

Base: allium sativum. Cxs. de 3 amps.

INSTITUTO THERAPEUTICO "ORLANDO RANGEL"

do Joelho posterior descem mais ou menos; os da descendente descem, caem como frutos maduros.

Segunda lei: "o peso da massa aneurismatica desvia levemente a direcção do eixo de desenvolvimento da referida massa".

De um modo geral pode-se estabelecer esta synthese:

"O eixo de desenvolvimento dos aneurismas se approxima da bissectriz do angulo formado pelo eixo do segmento aortico e pela vertical (gravidade)".

No entanto, o facto principal é o segmento aortico que precede o

aneurisma: este commanda o desenvolvimento da bolsa e constitue a base do diagnostico differencial.

Assignalamos tambem as modificações devidas ás resistencias do plastrão esterno-costal, columna e goteira posterior do hemithorax e das visceras thoracicas, principalmente coração e vasos do pediculo".

O autor se estende depois na utilização pratica dos dados theoricos descriptos e mostra uma grande documentação teleraciographica de aneurismas de todos os segmentos da aorta thoracica, de tumores e outras affecções thoracicas.

SESSÃO DE 15 DE JANEIRO

Presidente: DR. A. C. PACHECO E SILVA

Tratamento do estrabismo — DR. MOACYR ALVARO. — O A. faz considerações a respeito dos diversos methodos de tratamento do estrabismo, detendo-se em especial nos que permitem uma medida e uma correcção exactas do desvio. Accentua a indicação operatoria mesmo em pacientes de tenra idade desde que

os meios médicos e orthopedicos tenham falhado afim de evitar a perda funcional do olho affectado. Apresenta o Myocampter de Barraquer, instrumento que pela sua segurança e facilidade de manejo muito veiu concorrer para a melhoria da technica operatoria. Refere-se a seguir aos resultados obtidos que têm sido bons.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 18 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. SCHMIDT SARMENTO

Um caso de penfigo das mucosas — DRS. ADOLPHO LINDEMBERG e MARIO OTTONI DE REZENDE. — Os A.A. apresentam um caso raro de penfigo da mucosa, que tratado pela

gemanina, evoluiu para uma cura apparente.

Este trabalho é fartamente documentado com photographia e microphotographias de cortes das lesões, projectada no acto da exposição.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 22 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. ADOLPHO CORREA DIAS

Cholecystogastrostomia, cholecystoduodenostomia e cholecystoenterostomia pelo methodo tubulo-papillar. Technica do autor — (Nota prévia) — DR. CAETANO ZAMITI MAMANA. — O A. após fazer

rapidas considerações sobre a necessidade das anastomoses colecysto-digestivas, nos casos de obstrução de coledoco, insiste sobre a grande frequencia do refluxo duodeno-vesicular, quando a anastomose é prati-

cada seguindo-se o processo usual. Para obviar esse inconveniente ideou uma technica especial cujos tempos principais são :

1) Duas pinças de Chaput são collocadas no fundo da vesicula e com uma agulha grossa é retirado o conteúdo da vesicula.

2) abertura do fundo da vesicula por meio de uma incisão paralela ao bordo anterior do figado.

3) o retalho que se deseja é medido sobrepondo-se ao fundo da vesicula o pavilhão do benique n.º 1 do modelo ideado pelo A..

4) para se obter o retalho a vesicula é seccionada de lado a lado numa extensão aproximada de 2,5 a 3 cent.

5) o retalho é puxado para baixo, afim de se localizar a futura bocca duodenal.

6) dobram-se para fora 4 a 5 mm. da porção terminal do retalho, fixando-se a serosa da vesicula por meio de uma sutura continua ou por pontos separados.

7) o retalho está pronto para ser anastomosado. Abre-se uma bocca duodenal, fazendo-se uma incisão longitudinal de 1 cent.

8) dois a tres pontos são suficientes para se fixar a serosa da vesicula á serosa do duodeno. Em plano mais superficial são dados mais dois pontos para aproximar as mucosas.

9) Fixa-se a parte posterior do retalho vesicular ao duodeno; colloca-se o beniqué n.º 1 debaixo para cima e faz-se uma sutura approximando a mucosa dos dois lados do retalho de modo a constituir-se um conducto.

10) Terminada a sutura da mucosa o beniqué n.º 1 é substituido pelo beniqué n.º 2 (de menor calibre) afim de se fazer a sutura sero-serosa.

11) Obtido um conducto de 2 cms. aproximadamente, o beniqué n.º 2 é retirado. A nova papila assim constituida é introduzida na abertura duodenal e o labio anterior da incisão duodenal é suturado em dois planos á face anterior do novo conducto (mucosa e mucosa e serosa a serosa).

12) com uma seringa de 10cm. injectam-se na vesicula 7 a 10cc.

de collargol e com manobras suaves faz-se com que o liquido escoe no duodeno pelo novo canal.

13) Termina-se a sutura fechando o fundo da vesicula. Praticou o A., esta intervenção em seis cães que a supportaram muito bem. Em quatro destes animais, procedeu á ligadura previa do coledoco, sem que apresentassem a menor ictericia no periodo post-operatorio o que prova que a bile escoa-se bem pela anastomose praticada pelo A.. Dois cães foram sacrificados 12 a 16 dias após a intervenção e o A. apresenta as duas peças de autopsia do figado e vias biliares. Numa dellas vê-se o novo ducto obtido cirurgicamente na outra na luz do duodeno, a papilla formada á custa da mucosa da vesicula. Le os relatorios destas duas autopsias feitas pelo Dr. Constantino Mignoni. Este anatomo-pathologista, em um dos casos, após ter ligado a 3.ª porção do duodeno, injectou agua sob forte pressão, através do pyloro e verificou que não havia passagem do liquido para a vesicula. O A. illustra a comunicação, projectando os desenhos dos diferentes tempos da operação.

Appendice cecal com dupla implantação — DR. OLIVEIRA PIRAJÁ. — O A. começa por mostrar a raridade de seu caso, pois na numerosa bibliographia que compulso, só encontrou apenas duas citações de casos semelhantes.

A seguir, o A. relata a observação de uma moça que por apresentar a symptomatologia de appendicite resolveu opera-la. Encontrando um appendice retrocecal, ascendente, subseroso praticou a appendicetomia retrograda e após ter dissecado uns 6 centímetros do appendice, macroscopicamente normal, notou que o mesmo penetrava de novo no cecum, sem haver a menor solução de continuidade. O A. seccionou, então, esta nova implantação e verificou por meio de uma tentacumula que a luz do appendice communicava-se com a cavidade cecal.

O exame histo-pathologico do appendice revelou uma appendicite chronica. O A. é de opinião que esta implantação anomala que encontrou

é secundaria talvez a um abcesso da da ponta do appendice que se tivesse rompido para o interior do cecum. Baseando-se no desenvolvimento ontogenetico do appendice cecal afasta inteiramente a hypothese de ser primaria a anomalia do seu caso.

Termina o A. expondo hypotheses sobre a epoca em que poderia ter se dado a perfuração do appendice no cecum e exhibe microphotographias dos cortes do appendice bem como desenhos para elucidar a posição que occupava em relação ao cecum.

Discussão: O Dr. Sebastião Hermeto Junior congratula-se com o A. e salienta que Berard e Vignard verificaram que quando o appendice está inflamado, frequentemente occupa uma posição retrocecal ascendente. Refere ainda, que ha 3 ou 4 mezes teve occasião de operar um appendice retrocecal, fixo, com a extr. midade caudal perfurada e que com grande difficuldade conseguiu separa-lo da parede do cecum. Nesse seu paciente não existia, porem, a continuidade entre o appendice e cecum que o A. assigna no seu caso.

Talalgia consequente á exostose sub-calcaneana — DR. SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR. — O trabalho do A. basea-se principalmente em um caso que operou ha cerca de sete mezes. Pareceu-lhe, porem, conveniente acrescentar um caso operado pelo Prof. Alves de Lima ha cerca 3 mezes e um terceiro paciente operado pelo A. ha duas semanas. Estes pacientes estão passando bem. Todos apresentavam exostoses sub-calcaneanas de ambos os lados e foi proceida a remoção destes esporões, curetada a base de implantação e extirpados os tecidos circunvizinhos.

O A. passa a estudar a etiologia das exostoses e apesar de reconhecer que a gonococcia representa um papel importante, toma em consideração a multiplicidade dos agentes causaes, segundo o conceito de Lachum e Palomeque.

Em seguida, estuda a histo-pathologia de um de seus casos, insistindo sobre o processo caracteristico e fundamental da molestia — uma osteo-periostite chronica localizada. Salienta que no caso em questão não foi encontrada a bolsa de Lenoir.

Aponta o A. a grande variedade das doutrinas pathogenicas, sendo todas destituídas de base histo-pathologica. Neste particular, salienta o valor da hypothese de Campos Moreira, pela qual o processo de osteo-periostite localizada conduz de um lado ao apparecimento da talalgia e de outro — após a deposição de saes de calcio — á formação da exostose.

O A. termina dando a symptomatologia, evolução, complicações e diagnostico differencial das exostoses. Projeta as microphotographias dos cortes histologicos e radiographias para documentar seus casos.

Discussão: O Dr. Vicente Z. Mamana pede a palavra e diz que teve occasião de tratar o primeiro paciente antes que fosse procurar o A.. Naquella occasião não se queixava de talalgia e como apresentasse ausencia dos reflexos patellares foi praticada a reação de Wassermann, no liquido cephalo-rachideano, cujo resultado foi positivo. Instituiu, então, um tratamento anti-syphilitico intenso. Pergunta si na etiologia das exostoses sub-calcaneanas que este paciente apresentou posteriormente, alem da gonococcia, não deve ser tomada em consideração a syphilis

O Dr. Sebastião Hermeto Junior agradece a informação do collega pois ignorava este passado do paciente. Diz que não sendo exclusivista quanto á etiologia dos esporões sub-calcaneanos, aceita que tambem a syphilis tenha influido no apparecimento destas exostoses.

Faz, porem, notar que seu paciente foi submettido a um tratamento anti-syphilitico intenso e apesar disto a talalgia appareceu e foi-se tornando cada vez mais intensa, a ponto de exigir uma intervenção cirurgica.

SESSÃO CONJUNTA, EM 29 DE DEZEMBRO DE 1933

Presidente: PROF. ALVES DE LIMA

Estenose inflammatoria do pyloro — DR. MANOEL DE ABREU. — A conferencia realizada pode ser assim resumida :

No decurso de junho de 1932 communicámos á Academia Nacional de Medicina os nossos primeiros trabalhos sobre o syndroma novo a que chamamos de "pylorite estenosante".

Do ponto de vista classico as estases gastricas seriam determinadas mais frequentemente pelo : a) espasmo do esphincter pylorico ; b) ulcera pylorica com retracção dos tecidos ; c) ulcera estenosante do bulbo duodenal ; d) neoplasma invadindo o pyloro.

Tinhamos assim as estenoses funcionaes ou espasmodicas e as organicas. As primeiras variaveis e transitorias, as segundas mais ou menos definitivas. A therapeutica das primeiras era medica, a das segundas, cirurgica.

A nossa observação veio demonstrar largamente que a estenose mais frequente (cerca de 90 % dos casos de estase gastrica) não se encontrava dentro do esquema acima referido.

E' a simples inflammacção da mucosa e sub-mucosa da região pylorica — a causa mais frequente de estenose e sua consequencia inelutavel, a estase gastrica. Seu mecanismo se resume do seguinte modo ; o canal digestivo, ao nivel dos esphincteres permanece grande parte do tempo fechado, devido á tonicidade e contracção do anel muscular. No momento physiologico da passagem do conteudo digestivo, dá-se a inhibição reflexa e o esphincter se relaxa. Esse momento coincide com a contracção peristaltica do segmento do tubo que precede o esphincter. Si as tunicas que revestem o esphincter, principalmente a mucosa e a sub-mucosa, são normaes e conservam toda a sua mobilidade e elasticidade, o relaxamento muscular, mais a pressão do conteudo digestivo expellido pela onda peristaltica, bastam de sobra para abrir o canal. Ao contrario, a inflammacção da mucosa e a da sub-mucosa tornam estas pouco elasticas ou mes-

mo completamente inelasticas, a sub-mucosa perde a sua qualidade essencial de elemento frouxo e escorregadio que permite o facil enrugamento da mucosa sobre as tunicas musculares. De modo que, no momento physiologico de relaxamento muscular, a mucosa e a sub-mucosa modificadas pela inflammacção, não permittem a perfeita abertura do canal ao nivel do segmento esphincteriano.

Está por esse mecanismo constituida a estenose inflammatoria do pyloro. A principio as rugas longitudinaes da mucosa do pyloro se espessam, endurecem e perdem a extensibilidade. Não ha espasmo. Muito ao contrario, o anel muscular, devido ao processo inflammatorio, se atrophia lentamente. Depois, as rugas referidas se atrophiam, podendo frequentemente desaparecer. O pyloro se transforma num tubo rigido, invariavel, estreito e mais ou menos alongado. Este alongamento se faz a custa da extremidade do antro pre-pylorico.

A pylorite estenosante faz parte do syndroma geral da gastro-pyloro-duodenite. Ella acompanha quasi sempre a ulcera do estomago ou do duodeno. O seu papel é consideravel na symptomatologia clinica das ulceracões e das gastrites.

Nossa experiencia vem demonstrar a inefficacia do tratamento anti-espasmodico nas estases gastricas e a excellencia do tratamento anti-inflammatorio, baseado principalmente no regime alimentar. Vem tambem recommendar a gastro-pylorectomia ou a gastro-duodenectomy nos casos de pylorite estenosante organizada e fibrosa, tanto no decurso do "ulcus ventriculi" ou "duodeni", como no da gastrite chronica.

Os estudiosos se haviam preocupado seriamente com o bulbo duodenal ou 1.ª porção do duodeno, deixando no esquecimento a porção descendente ou 2.ª porção, onde desembocam as vias pancreaticas e biliares.

A' parte as modificações attribuidas á peri-viscerite, não se conheciam os aspectos radiologicos da in-

inflamação desse segmento do tubo digestivo.

Normalmente, o "pars descendens" se apresenta com o aspecto característico da "folha de feto", devido á disposição das valvulas coniventes. A prega longitudinal nem sempre apparece radiologicamente, mas a "caruncula major", situada na extremidade inferior da prega, apparece muitas vezes como um encoche hemi-circular ao nivel do bordo interno ou concavo da porção descendente.

A inflamação chronica do segmento descendente ou "duodenite descendente" constitue o syndroma descrito por nós em meados do anno passado e publicado na Revista de Radiologia. Na Allemanha publicamos no numero de novembro deste anno, do Fortschritte der Roentgenstrahlen, o mesmo trabalho conjuntamente com o nosso estudo sobre o pyloro.

Ha duas formas de duodenite descendente; a hypertrophica, relativamente rara, em que as valvulas do Rerkring se espessam e tomam o aspecto de fitas largas e sinuosas e a atrophica ou fibrosa em que a mu-

cosa se atrophia, as valvulas se adelgaçam e escasseam, podendo desaparecer completamente. Esta ultima forma tem diversas sub-formas, das quaes as mais importantes se caracterizam pela dilatação ou pela estenose do referido segmento duodenal.

O tipo de duodenite descendente estenosante é das mais interessantes. Em certos casos verifica-se uma atrophia generalizada; o arco duodenal se atresia e se encurta.

São modificações de parede, principalmente de mucosa, sendo por vezes acompanhadas de peri-duodenite.

A duodenite descendente tem uma phase inicial — symptomatologia funcional — de difficil diagnostico. Sua importancia é grande, tanto quanto ao aspecto clinico, que se approxima das ulcerações duodenaes, como á therapeutica.

Suas relações com a pancreatite e as affecções biliares, pois a duodenite descendente é frequente na lithiase biliar, tornam o estudo radiologico do "pars descendens" da maxima importancia no diagnostico do syndroma clinico e na orientação therapeutica.

SESSÃO CONJUNTA, EM 2 DE JANEIRO DE 1934

Presidente: PROF. ALVES DE LIMA

Novos diametros do Coração. Complexos anatomo-radiologicos — DR. MANOEL DE ABREU. — E' o seguinte o resumo de sua conferencia: "A orientação classica em materia de volumetria cardiaca era baseada nos tres factos seguintes:

- 1) limites "visiveis" da imagem do coração;
- 2) pontos radiologicos de significação anatomica "definida";
- 3) diametros traçados "entre os referidos pontos.

Assim foram fixados os pontos de relação ou intersecção anatomica que se seguem: veia cava superior — auricula direita e auricula direita — hemi-diaphragma direito. Auricula esquerda — ventriculo esquerdo e finalmente a ponta do coração.

Eis os diametros classicos que aproveitam os pontos de supposta expressão anatomica; diametro longitudinal de Moritz e Dietlem (cava

superior — auricula direita e ponta do coração); diametro basal de Von Zwalumburg, Warren e Otten (auricula direita — hemidiaphragma direito e auricula esquerda — ventriculo esquerdo); derivados superior e inferior deste ultimo diametro dos mesmos autores (verticaes traçadas sobre o diametro basal a partir da junção cava — auricula direita e ponta do coração); cordas de Siciliano inspiradas nos trabalhos anatomicos de Rummo e que reúnem os pontos cava-auricula direita e auricula direita — hemi-diaphragma direito (corda auricular direita), cava — auricula direita e auricula esquerda — ventriculo esquerdo (corda auricular esquerda), auricula esquerda — ventriculo esquerdo e ponta do coração (corda ventricular esquerda), por fim, auricula direita — hemidiaphragma direito e ponta do coração (corda ventricular direita).

A significação dos referidos diâmetros é muito falha porque se apoia em pontos que "não têm significação anatomica com relação ao coração". Assim, o angulo cava auricula direita depende de muitos factores como a rotação do coração nos planos horizontal e vertical; a relação diaphragma auricula direita ainda é mais variavel, pois o coração mergulha mais ou menos no leito diaphragmatico estando elle ora em plena auricula direita, ora em pleno ventriculo direito, o ponto auricula-esquerda-ventriculo esquerdo não existe radiologicamente a não ser nos casos de estenose mitral e muitas vezes na doença mitral, a ponta do coração, a parte a estenose mitral não pode ser determinada anatomicamente, muito menos pela technica de Vasquez e Bordet.

Não nos referimos ao diametro transversal de Moritz e Dietlen que apenas se refere á orientação do eixo longitudinal do coração. O mesmo diremos das relações $\frac{\text{diametro longitudinal}}{\text{diametro transversal}}$ de Vasquez Bordet e Alessandrini. Também a relação $\frac{\text{corda ventricular esquerda}}{\text{corda ventricular direita}}$ de Rossi nada significam pois os pontos em que se apoiam são dos mais falhos.

Em resumo: as medidas mais interessantes são o "diametro longitudinal" de Moritz e Dietlen e as distancias transversaes que os referidos autores chamaram "oberer" e "unterer Querabstand". Essas medidas porém, não têm um traçado preciso, acarretando isso variações mais ou menos importantes que diminuem ou invalidam a sua eficiencia.

O nosso trabalho no terreno da volumetria cardiaca obedece á seguinte orientação:

- 1) Libertar a volumetria do ponto de vista anatomico.
- 2) Estabelecer medidas essencialmente geometricas de onde se possam tirar illações anatomicas mais seguras.
- 3) Criar a "morphologia comparada" do coração baseada na uniformização do eixo longitudinal, de maneira a estudar a morphologia "pura", independente do volume,

- 4) Substituir os quadros radiologicos de cada affecção cardiaca por "complexos anatomo-radiologicos dentro dos quaes se encaixam varias affecções cardio-vasculares.

Para chegar ao termo resolvemos de inicio completar o contorno da area cardiaca na zona do pediculo vascular (contorno auricular) e do diaphragma (contorno ventricular direito). Esse traço approximativo é relativamente facil nas teleradiographias a 3 metros, em inspiração profunda.

Na area geometrica assim obtida do coração, visto de face, traçamos os seguintes diâmetros:

- 1) Longitudinal mediano: DLM.
- 2) Transversal mediano: DTM.
- 3) Auricular: DA.
- 4) Ventricular: DV.

São diâmetros novos, faceis de obter.

Além dos diâmetros fixamos a situação da ponta geometrica: P. Esta fica acima (+) ou abaixo (—) da extremidade do DLM. Estabelecemos o angulo axial do coração (ang. ax.) que é feito pela intersecção das linhas centro-ponta e a parallela á linha auricular esquerda, passando pelo centro.

Os fundamentos de nossa volumetria são principalmente os 4 grandes diâmetros referidos e as suas relações:

DLM, DTM e DTM.
DTM, DA e DV.

Criamos, fundado nas relações acima, 6 formas de coração normal e 2 sub-formas para cada forma: "muito longo, longo, semi-longo, semi-curto, curto e muito curto". As sub-formas relativas, as 2 ultimas relações são as "trapezoide e elliptica."

E fizemos 2 tabellas completas de medidas normaes para as diferentes formas e sub-formas depois da observação de 200 teleradiographias de individuos normaes de mais de 15 e 18 annos e de 40 a 100 ks. Ellas compreendem a "minima", a "média", a "média-maxima" e a "maxima normaes".

Conclusões: As alterações pathologicas modificam o volume:

a) o ventriculo esquerdo actua sobre o DLM, a sua hypertrophia alonga esse diametro;

b) o ventriculo direito modifica o DTM (dircção das fibras musculares);

c) as auriculas, principalmente a direita tem influencia sobre o DA;

d) os ventriculos reperceutem sobre o DV.

Quanto á morphologia, verificamos que a hypertrophia ventricular esquerda dá ao coração a forma longa ou muito longa e a sub-forma elliptica. A hypertrophia das cavidades em relação com a pequena circulação encurtam o coração e dão geralmente a este a sub-forma trapezoide.

Os 7 complexos anatomo-radiologicos que isolamos e cuja importancia clinica não precisa ser accentuada são os seguintes:

1.º) Augmento predominante do ventriculo esquerdo.

2.º) Augmento predominante dos 2 ventriculos.

3.º) Augmento predominante do ventriculo esquerdo e do coração direito.

4.º) Augmento predominante da auricula esquerda e redução do ventriculo esquerdo.

5.º) Augmento predominante da auricula esquerda e do coração direito. Redução do ventriculo esquerdo.

6.º) Augmento predominante da auricula esquerda e do coração direito.

7.º) Augmento total uniforme.

A expressão "predominante" quer dizer quasi exclusivo. As outras cavidades estão mais ou menos modificadas, essa modificação, porém, é discreta, secundaria, muitas vezes devida á distorsão que acarreta o augmento predominante de uma ou mais cavidades.

Esse nosso trabalho que exigiu um esforço beneditino appareceu em revista em janeiro de 1931 e a nossa experiencia, já longa, em nada alterou as suas linhas mestras e os seus detalhes".

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE JANEIRO DE 1934

Presidente: PROF. E. VAMPRÉ

Cysticercose cerebral. Achados de Necropsia. (Nota previa). — DOUTORANDO MONTEIRO SALES e DR. OSWALDO LANGE. — Os AA. trazem á casa a observação de um caso interessante de cysticercose cerebral multicystica.

Discussão: O Dr. James Ferraz Alvim pede a palavra e lembra á casa que passou por sua clinica um paciente, que vitimado por demencia senil na necropsia foi encontrado um kysto de cysticercose. Procurou então relacionar a symptomatologia apresentada pelo paciente com a presença do kysto, e não encontrou nenhum symptomata que se enquadrasse com a presença do kysto cerebral, sendo portanto um verdadeiro achado de necropsia.

Permeabilidade da barreira hemoliquorica. Seu valor pratico para o diagnostico e tratamento das affecções lucticas do systema

nervoso central. (Nota previa) — DOUTORANDO PAULO PINTO PUPO. — O communicante lê uma parte de sua interessante these inaugural, que versa sobre o assumpto acima.

Thebainismo — DR. JAMES FERRAZ ALVIM. — O A. apresenta um trabalho comprehendendo o estudo das toxicomanias no Estado de São Paulo. Pelas observações conhecidas do autor, ainda não tinha sido assinalado no Estado de S. Paulo casos de intoxicação ou melhor abuso pela thebaina. Só tem conhecimento de casos relatados na Alemanha por Unverricht e Wanger de acodiconismo que vem a ser o abuso de um derivado da thebaina.

Passa em seguida a descrever dois casos de thebainismo observados nesta Capital, nos quais como tratamento empregou o methodo de Erlenmeyer com resultados satisfactorios. Commentando um trabalho de Pietro

de Mahei, o autor attribue com elle, á thebaina, propriedades estupeficientes, ponto de vista este discutivel sob o aspecto pharmacologico.

Discussão: O Dr. Thomé de Alvarenga pede a palavra para relatar casos semelhantes ao apresentado pelo Dr. James Ferraz Alvim. Entre outros cita o Eucodalismo que teve oportunidade de seguir, assim como de intoxicações pela extrato thebaico.

Tumor da fosse posterior. Aracnoidite cystica da cisterna magna diagnosticada pelas provas de Stookey-Queckenstloft. — Drs. OSWALDO LANGE e ADERBAL TOLOSA. — Os communicantes apresentam a observação de um individuo portador de um tumor da fossa posterior (lado direito) de longa evolução (10 annos) em que a succeção dos phenomenos persistiram com clareza a exclusão do ponto de partida do acustico. As provas de Stookey Queckenstloft foram tais que permitiram com a pratica simultanea das punções lombares e sub-occipitales o diagnostico de um provavel cysto da cisterna magna, o que foi confirmado pelo acto operatorio e mais tarde pela necropsia. A compressão do acustico só se deu 2 mezes antes da observação.

Discussão: O Dr. Austregesilo Filho pede a palavra e diz ter observado no Rio de Janeiro 4 casos de tumores semelhantes e pelos resultados colhidos contraindica formalmente em nosso meio o acto operatorio pela falta de recursos chirurgicos.

O Dr. Henrique Mindlin pede a palavra e discorda do Dr. Austregesilo Filho por achar que toda vez que houver indicação deve-se intervir energicamente e si a estatistica de mortalidade é muito grande em nosso meio o motivo é não se intervir com a urgencia necessaria.

O Dr. Aderbal Tolosa, em seguida, diz que o diagnostico fora feito pelas provas de Stookey Queckenstloft e concordou com o Dr. H. Mindlin por quanto acha que os successos de intervenção dependem da precocidade do acto chirurgico e que o caso presente tratava-se de um individuo que vinha soffrendo a 10 annos, e que o mesmo narrava com toda singeleza os phenomenos successivos que lhe iam apparecendo e por esse motivo se o diagnostico houvesse sido feito com antecedencia os resultados therapeuticos haviam de ser outros.

SECÇÃO DE CIRURGIA EM 10 DE JANEIRO

Presidente: DR. ALÍPIO CORREA NETTO

Anesthesia em cirurgia das vias biliares — Dr. PIRAGIBE NOGUEIRA. — O A. apresenta a estatistica das anesthesias nas operações sobre as vias biliares realizadas de 1929 á 1.ª quinzena de Dezembro de 1933 no serviço chirurgico do Prof. B. Montenegro (240 casos). Em torno dos dados estatisticos tece commentarios referentes aos typos de anesthesia usados. Quando se impunha a narcose foi preferido o ethyleno ainda que fosse necessario o auxilio do ether, mas factores economicos restringiram o uso do gaz, sendo este substituido pelo balsoformio na maioria dos casos de narcose. A rache entre as parciaes foi a anesthesia de escolha e tambem a mais usual de todas as anesthesias. Contraindicada

a rache recorreu-se á tronco-regional bloqueando os intercostaes direitos do 7.º ao 10.º ao longo do rebordo costal e associando a isto a infiltração completa do pequeno epiploon. As dôres provocadas pelas manobras sobre o cystico presentes na raque e na tronco-regional são explicadas pelas tracções exercidas sobre os troncos nervosos (ambos os vagos, frenico direito, ramos do plexo solar) e não podem ser imputadas, a deficiência da infiltração provada que está (Raigorodsky, Jayle) a passagem pelo pequeno epiploon de toda a inervação do hilo portal. Quando a anesthesia de base é aproveitada no acme do poder entorpecente essas dôres são bem supportadas.

Discussão: O Dr. Alipio Corrêa Netto encarece a importância da anestesia tronco-regional e accentua que a trivalerina lhe tem proporcionado optimos resultados como anestesia de base.

Acesso ás vias biliares e technicas da cholecystectomy ideal — Dr. JOSÉ MARIA DE FREITAS. — O A. tece commentarios sobre as vias de acesso á vesícula e vias biliares, condemnando todas as que lesam a innervação da parede do abdomen, não só as rectilineas como, e principalmente, as angulares. Declara ser adepto fervoroso da incisão paramediana, pararectal, que considera a mais anatomica das incisões para abrtar não só as vias biliares como o estomago e duodeno. Referindose á incisão de Donati diz parecer-lhe desnecessario o encurvamento lateral da extremidade inferior da brecha aponevrotica. Em relação á ectomia da vesícula, declara-se partidario da via retrograda, por considera-la mais elegante, mais anatomica e a unica capaz de garantir uma boa visibilidade da confluencia cystico-choledociana e das variedades de disposição dos vasos e canaes biliares. Faz então referencia ás variedades que reputa mais interessantes sob o ponto de vista da applicação á cholecystectomy e lembra os accidentes que podem advir do esquecimento da possibilidade de occorrença destas. Não proscree de modo absoluto a via anterograda, mas a considera fadada a viver apenas das contra-indicações da retrograda. Defende a ligadura unica do cystico e collocada tão proximo quanto possivel da confluencia cystico-choledociana. Refere-se á peritonização do leito da vesícula com enteramento do côto cystico e ao fechamento da cavidade abdominal sem drenagem, ponto capital e indispensavel, da chamada por Haberer "cholecystectomy ideal". Relata as conclusões e estatísticas desfavoraveis de Fowlet e Wangenstein e estuda os resultados a favor do fechamento sem drenagem obtidos por Witzel, Buchbinder, Haberer, Cotte e Roland, Oliani, Austomi e em 100 dos casos da clinica do Prof. B. Montenegro. Acha que o escoamento da

bile durante o acto operatorio não constitue indicação formal da drenagem. Cita Schonebauer, Haberer e Oliani que fecham sem drenagem até nos casos de empyema da vesícula ou de abcessos perivasculares, fóra de periodo inflammatorio agudo. Conclue pelo emprego mais amplo da cholecystectomy ideal, que dá mais conforto ao doente e proporciona mais rapido resgesso ao lar. Nas estatísticas de Austoni e do Prof. Montenegro a média de hospitalização post-operatoria na colecystectomy ideal foi metade (10 dias) da obtida nos casos em que se praticou a drenagem.

Discussão: O Dr. E. Vasconcellos concorda com o A. nas vantagens da incisão para-mediana pararectal direita e diz que sua convicção é fructo do que observou, na clinica do Prof. Montenegro durante 8 annos. A principio usava-se a incisão de Kehr 2.^a maneira e depois a de Kocher; ambas foram abandonadas devido á alta porcentagem da eventração. A incisão de Sprengel foi e ainda é muito usada. Dá acesso bom ao fundo e corpo da vesícula, embora não seja da mesma forma vantajosa para o cystico e choledoco. Por isto é ás vezes transformada num Kehr 2.^a maneira. A paramediana, pararectal reune ás vantagens de bom acesso e respeito ás estruturas anatomicas. Quanto a cholecystectomy anterograda ha muitos annos foi abandonada desde que pelos seus grandes meritos a retrograda se impoz. A drenagem com tubo e gaze que se fazia á principio foi inteiramente abandonada, porque era penosa a retirada do dreno e além disso provocava algumas vezes fistulas. Passou-se a não drenar mesmo quando ha derrame de bile no campo. Pesquisas feitas na Clinica do Prof. Montenegro evidenciaram que a bile mesmo nos casos de lesões inflammatorias é praticamente aséptica. Acha que a drenagem só encontra indicação nos operados recentemente tomados por surto agudo e isto por causa da grande friabilidade dos tecidos prevenindo-se assim um cho-leperitoneo.

O Dr. Francisco Cerruti acha que o A. não accentuou na technica os cuidados que se devem ter com a

arteria hepática direita cuja lesão sombreia muito o post-operatorio.

O Dr. Alipio Corrêa Netto diz que tem encontrado vantagens na flexão lateral direita do tronco para facilitar as manobras sobre as vias biliares. A posição relaxa a parede e aproxima os ductos da linha mediana. Foi-lhe aconselhada pelo Dr. Cassio Villaga que simultaneamente com Estiu estudou as vantagens do ponto de vista radiológico. Pede aos colegas que a experimentem e assim com observação mais variada possa ser sancionado ou negado o que pessoalmente tem observado. Para a ectomia vesicular vae pela via retrograda sempre que lhe é possível, embora não partilhe do exclusivismo do Dr. Bernardes de Oliveira, de que sendo impraicevel a retrograda também o é a anterograda.

O Dr. José M. de Freitas agradece os commentarios do Dr. Vasconcellos e responde ao Dr. F. Cerruti que ao tratar dos typos de distribuição da hepática commun, alludiu indirectamente á possibilidade de lesão da hepática direita; acha, entretanto, opportuno o reparo. Agradece á informação do Dr. Alipio C. Netto, quanto á flexão lateral e no que diz respeito a via anterograda acha que ella vive das contraindicações da retrograda.

Cholesterosis da vesicula biliar.

— DR. EDMUNDO VASCONCELLOS. —

O A. tece commentarios em torno de 12 casos da clinica do Prof. Montenegro em que teve oportunidade de estudar a symptomatologia, tratamento e alterações da vesicula na cholesterosis. Distingue com os autores classicos 2 typos: 1.º) o typo diffuso em que a crista de todas as villosidades apresenta-se cheia de cholesterina, dando um aspecto caracteristico que lhe valeu o nome de vesicula morango; 2.º) o typo em que os depositos são localizados sob a forma de nodulos pediculados ou sesséis. Estuda o aspecto macro e microscopico apresentando diapositivos, laminas e pegas. Demonstra nos seus casos a presença de cholesterina nas cellulas epitheliaes, bem como nas cellulas "vacuolares" ou "espumosas" no chorion que apresentava um aspecto typico que dá o

diagnostico. Estuda as alterações metabolicas geraes ou locais da cholesterina mostrando que não raro á lesão associa-se a hypercholesterinemia ou a hypercholesterinoholia. Assignala as possiveis relações com a lithiase biliar. Diz que o diagnostico clinico leva quasi sempre a pensar na lithiase, pois a phenomenologia é identica. A radiographia nos casos favoraveis demonstra apenas uma diminuição da sombra indice de um poder de concentração diminuido. Como tratamento indica a cholecystectomy, pois os demais tratamentos são insufficientes. Passa em seguida á etiogenese estudando as differentes theorias; discute si se trata de uma degeneração ou infiltração; assignala as difficuldades pela falta de dados sobre a physiopathologia do metabolismo cholesterinico na vesicula. Termina demonstrando a lesão obtida experimentalmente em cães no laboratorio de Technica Cirurgica do Prof. B. Montenegro, reproduzindo um quadro anatomopathologico semelhante ao do homem. Para demonstrar projecta diapositivos e laminas elucidativas.

Discussão: O Dr. Piragibe Nogueira lembra que a trans-illuminação pôde auxiliar o cirurgião nos casos de provavel cholesterosis, mostrando atravez da tunica sero-muscular o aspecto typico da mucosa e isto principalmente por causa da frequencia dos casos em que a bile não é densa.

O Dr. Cesario Mathias realça a importancia da sessão cuidando em especial da cirurgia das vias biliares. Estudioso da pathologia hepato-vesicular vem commentar o diagnostico da cholesterosis. Relata um caso controlado histologicamente, sendo que o doente tinha taxa normal de cholesterina. Accentua que a dissociação cholesterinica não existe na maior parte dos casos de lithiase. Tem observação contraria á de Graham sobre a absorção dos sais biliares nos estados inflammatorios; tem verificado augmento e não diminuição dos sais biliares. Da pratica diaria pôde asseverar que hypercholesterinemia e hypercholesterinoholia não apresentam directa correspondencia. Emfim, a biochimica não permite precisão diagnostica. Na intubação um esvaziamento tardio será relacionado á

cephaléa, náuseas, etc.. do quadro clínico, mas esse retardo pôde faltar. Enfim a intervenção é indicada desde que lhe falhem os meios medicamentosos e a diathermia; acha que a transilluminação lembrada pelo Dr. Piragibe Nogueira é medida de alcance pratico. O Dr. Vicente Mamama acha que nos casos duvidosos deve-se abrir a vesícula. O Dr. Raphael Parisi opina que a resposta vesícula tardia na intubação é elemento em favor de ectomia.

O Dr. Vasconcellos respondendo aos commentarios declara que a transilluminação realmente pôde constituir auxilio de valor, podendo entretanto falhar nos casos de bile espessa. Aprecia muito as judiciosas considerações do Dr. Cesario Mathias porque se baseam em grande e intelligente

observação. Quanto ao diagnostico, si falharem todos os meios, acha que a suspeita de cholesterosis justifica a intervenção. Julga que a cholecystotomia pôde em certos casos não resolver ainda a situação desde que a cholesterosis seja do colo e abrir até ao côlo não apresenta vantagem sobre a ectomia. Ao Dr. Raphael Parisi responde que as perturbações da motilidade estão geralmente ausentes na cholesterosis.

O Dr. Alipio agradece aos presentes e especialmente ao Serviço do Prof. B. Montenegro a distinção que lhe foi prestada promovendo-se uma sessão de cirurgia das vias biliares para commemorar sua eleição ao cargo de presidente da secção de Cirurgia no que vê uma homenagem ao Serviço do Prof. Alves de Lima.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE JANEIRO

Presidente: DR. MARIO MARGARIDO

Constituição e tuberculose infantil — DR. ARNALDO DE GODOY. — O A. diz que deixando de lado a constituição externa, devemos encerrar apenas a reacção individual porque esta representa o factor mais importante que possuímos para investigar a influencia da constituição sobre o curso da tuberculose infantil. Estende-se sobre os estudos de Klan e falta a respeito da marcha pronunciadamente benigna da tuberculose infantil nos casos de anomalias constitucionaes com hyperfunção ou reactividade exaltada dos tecidos (constituição irritavel de Borchardt). Em franca opposição a esta, faz notar a marcha grave que a tuberculose apresenta nos casos de constituição asthenica. Considera a constituição asthenica não como a descrevia Stiller e sim como uma constituição caracterizada pela hypofunção dos tecidos como uma deficiente producção de anti-corpos.

Em seguida o A. fala sobre as infiltrações peri-focaes e o seu apparecimento quasi que exclusivo em crianças de constituição irritavel. Expõe os estudos de Kravitzky sobre a reacção do systema nervoso vegetativo e o prognostico da tuberculose

infantil fazendo notar a coincidencia entre as conclusões de Klan e as da Escola Russa.

Termina apresentando um caso de infiltração hilar em criança allergica pertencendo ao typo erético da constituição irritavel.

Encephalite post-sarampo — DR. GOMES DE MATTOS. — O A. leu a observação 642 da Clinica infantil do Ipiranga. Criança de 18 meses, após um sarampo apresentou um quadro typico de encephalite com parkinsonismo. A proposito desta observação procurou o A. focalizar o problema actual das encephalomyelites, chamando a attenção sobre a maior frequencia que estes accidentes têm apparecido de alguns annos a esta parte.

O A. mostra, que, á luz dos conhecimentos actuaes, a etiopathogenia destas encephalo-mielites ainda é bastante obscura, e que no caso apresentado o diagnostico differencial entre encephalite epidemica e encephalite post-sarampo (traduzido por um virus que não o da encephalite epidemica), depende mais das condições pessoas do que propriamente de dados positivos e incontestaveis.

Sociedade de Med. Legal e Crim. de S. Paulo

SESSÃO DE 15 DE JANEIRO

Presidente: DR. ALVARO DO COUTO BRITTO

Envenenamento em face da lei penal (Discussão do trabalho apresentado pelo DR. SYNESIO ROCHA). — O dr. Boaventura Nogueira da Silva, discutiu o trabalho do dr. Synesio Rocha. Tratando do assumpto, o orador reforçou pontos de vista que defendeu no seu estudo anterior, subordinado ao mesmo titulo.

O segredo medico diante do uso de entorpecentes — PROF. FLAMINIO FAVERO. — O autor começou salientando a importancia moral e social do segredo medico, principio basico da deontologia, que veio de eras antigas e se crystallizou na lei escripta dos povos civilizados. Entretanto convem que se tenha presente que esse principio é sempre uma convenção entre partes sancionada pela lei. Quando, pois, o interesse geral supplantar o individual, então o segredo não pôde subsistir. E' a escola eclectica que o orador defende apoiado em Oscar Freire e Nascimento Silva, e tambem, no juramento de Hippocrates e na Lei Penal Brasileira.

O Codigo brasileiro tem diversas restricções a respeito, e muito razoaveis, abordando-as rapidamente. Mas ha outras leis, como a de Accidentes do Trabalho e aquella contra o uso de entorpecentes, em que disposições descabidas obrigam o medico a violar o segredo. O prof. Favero, então, insistiu na ultima lei que exige do medico, quando prescrever entorpecentes, a declaração, na receita ou em carta fechada, do diagnostico do mal. E' uma exigencia lamentavel, porque, de um lado, constringe aos profissionaes probos que, não tendo ainda um diagnostico do estado morbido, precisam registar um, e de outro lado, sacrifica inutilmente a regra do segredo, sem evitar com isso males maiores. Em verdade, se o medico fór sem escrupulo, não terá difficuldades, para obter o toxico, em registar qualquer diagnostico, fazendo assim todas as justificações que a lei determina.

O autor julgou, pois, de bom aviso apresentar o assumpto á Sociedade para ouvir a sua opinião a respeito.

Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE JANEIRO

Presidente: DR. J. LEMOS MONTEIRO

Sobre a coagulação pelo calor das soro-proteínas em presença de alcool ethylico. — Em experiencias feitas com solutos neutros de fibrinoglobulina, euglobulina, pseudoglobulina, pseudoglobulinas I e II, soroalbumina e soro de cavallos, foram obtidos os seguintes resultados: 1.º) Tanto a resistencia absoluta como a relativa das proteínas ao

alcool dependem da natureza e da concentração das mesmas; 2.º) A influencia especifica do alcool mostra-se na formação de floculos, na viscosidade e na capacidade de flocculação pelo calor; 3.º) Os solutos diluidos de pseudoglobulina na presença de uma certa quantidade de alcool se comportam como a proteína de Bence-Jones; 4.º) A desnatura-

ção pelo calor de proteínas estaveis é um processo reversivel, enquanto que a de labeis é irreversivel. A desnaturação pelo calor pode ser explicada, segundo nova theoria, por uma deshydratação em relação ás proteínas labeis e por um augmento de hydratação em relação ás estaveis.

Relações entre hypophyse e órgãos sexuaes nos peixes — DR. D. M. CARDOSO. — Desde os trabalhos classicos de Evans, Zondek e outros, sabe-se que o lobo anterior da hypophyse secreta um hormonio que é o excitante especifico dos órgãos sexuaes, quer masculinos, quer femininos. A grande maioria dos trabalhos foi feita em mammiferos; ora, seria interessante o estudo de animaes que apresentassem fases de actividade sexual alternadas com outras de repouso. O estudo, agora feito, dessa relação hypophyseosexual nos peixes deu resultados muito nitidos: em cerca de 10 dias consegue-se fazer que os órgãos sexuaes augmentem de 3 a 6 vezes, mediante a injeção de extractos de hypophyses retiradas de outros peixes.

Immunização com o virus vacínico cultivado na allantoide do embrião de gallinhas — DR. R. GODINHO. — Innumeras têm sido as tentativas para a cultura artificial do virus vaccínico, sobresahindo entre ellas a nova technica de Stevenson e Butler baseada na inoculação do virus na allantoide do embrião de gallinha, de accôrdo com o methodo descripto por Woodruff e Goodpasture. A secção de Virus do Instituto Butantan, com a vantagem de possuir o virus vaccínico puro, obtido por previa filtração, segundo

technica já descripta, repetiu as experiencias de Stevenson e Butler, obtendo, não só passagens successivas do virus de embrião a embrião, como resultados satisfatorios com o seu emprego na immunização experimental e humana. As vantagens do novo processo coincidem perfeitamente com os resultados obtidos no Instituto desde 1929, quando foi iniciado o emprego do virus puro, filtrado. E' provavel que a nova technica do aproveitamento da membrana chorio-allantoidea do ovo, possibilitando a multiplicação do virus em meio cellular, consiga resolver o problema do fornecimento directo do virus puro em escala industrial.

Ligeiras notas sobre mycoses — DR. FLORIANO DE ALMEIDA. — Em um estudo feito sobre mycoses observadas entre nós a partir de 1932 e baseado em culturas ou preparados, verificou-se que 17 casos eram de blastomycose, dos quaes 9 com cultura positiva, 3 confirmados por exame histologico e 4 por exame do pus a fresco, tendo o caso restante apresentado cultura negativa nos tubos enviados após sementeiras. Em casos de linha do pello e da pelle o material examinado revelou 5 vezes "Piedraia hortal", 3 vezes "Trichophyton violaceum", 2 vezes "Sabouraudites felineus" e "Tricophyton granulosum" e 1 vez "Cystenomyces mentagrophytes". Dois casos de mycetomas actinomicosica de lesões do joelho e uma do dorso, deram culturas positivas. Nas theses das drs. Lydia Grandinetti e Inah Camargo vêm publicados estudos sobre esporothricose e sapinho. Quanto ás mycoses pulmonares, é provavel que o genero "Penicillium" seja o causador commum em S. Paulo.

Sociedade de Ophtalmologia de S. Paulo

SESSÃO DE 29 DE DEZEMBRO

Cysticercos sub-retineano — DR. A. BUSACCA. — O autor apresenta um doente em que observava o cysticercos sub-retineano entre a macula e a papilla de O. D. e diz que vae tratá-lo pela injeção de uma gota

de sublimado na visicula que é sufficiente para matá-lo.

Instrumental para a operação de cataracta — DR. A. BUSACCA. — O autor apresenta os instrumentos

necessarios para a extracção da cataracta principalmente os usados por Elchinig, e faz considerações sobre as pinças e a lança.

Myocampter no tratamento do estrabismo — DR. MOACYR ALVARO. — O autor faz commentarios sobre os processos operatorios do estrabismo e resalta a simplicidade

da intervenção com o Myocampter, que se der resultados nos casos em que for usado, deve ser o methodo preferido. Fez apenas uma applicação recente desse methodo e não poderia ainda julga-lo em definitivo. Esse trabalho foi discutido pelos Drs. A. Rabello e Belfor de Mattos que lembrou que o dr. Gabriel de Andrade já applica o Myocampter.

Sociedade dos Medicos do Dispensario "Clemente Ferreira"

SESSÃO DE 12 DE JANEIRO

Presidente : DR. CLEMENTE FERREIRA

Sobre 1 caso de inversão visceral multipla — DR. ANTONIO TISI NETTO. — O A. relata um caso de inversão visceral multipla observada em uma doente, que procurou a consulta no Dispensario "Clemente Ferreira", cuja anomalia reputa interessante pela sua raridade.

Trata-se de uma doente, com 15 annos de idade, casada, que apresenta o coração localisado no hemithorax direito. As visceras abdominaes tambem estavam invertidas. O figado situado á esquerda, em posição homologa á que esta viscera occupa á direita nos casos normaes.

O estomago, situado na metade direita do abdomen, tem a sua pequena curvatura olhando para dentro e para a esquerda, emquanto que a grande curvatura apresenta sua convexidade para fóra e para a direita. O pyloro e o duodeno estão collocados no mesmo lado em direcção para a esquerda.

A doente não accusa perturbações circulatorias e nem digestivas. Ella ignora que é portadora dessa anomalia. Já havia consultado varios medicos e estes nunca fizeram allusão á sua inversão visceral.

A inversão dos seus orgãos foi mais um diagnostico radiologico.

Thoracoplastia parcial alta em 1 caso de caverna gigante do lobo superior do pulmão direito.

— DR. COMENALE FILHO. — O autor entra em considerações sobre um caso de enorme espelunca abrangendo todo o lobo superior do pulmão direito, em um doente da clinica do dr. Tisi Netto. Discorre sobre as vantagens do methodo cruento como unico meio, nesse caso, de se conseguir um collapsio efficiente do lobo affectado. Antes de entrar na descripção da technica empregada, chama a attenção sobre a necessidade de um meticoloso preparo pre-operatorio do doente, não só para melhorar seu estado geral, como para reduzir ao minimo á expectoração. Diz ter empregado, com vantagem, a anesthesia loco-regional e recommenda as resecções amplas das costellas. Acha vantajosa a incisão de Bernou-Fruchard-Sergent que, facilitando a bascula da omoplata, fornece maior campo para a resecção das duas primeiras costellas.

Depois de descrever, rapidamente, a technica usada, apresenta as radiographias que mostram a grande modificação soffrida pela caverna, varios dias depois da operação.

Breve: ESTUDOS CIRURGICOS — Dr. Eurico Branco Ribeiro

Pedidos para a Caixa 1574, S. Paulo

Clube Zoológico do Brasil

SESSÃO DE 19 DE DEZEMBRO

Aspectos da pesca no nordeste do Brasil - R. VON IHERING. — O A. mostra com photoprojecções, os methodos empregados no particular naquella região e discute varias questões referentes á biologia dos agüdes.

A nomenclatura zoológica perante as regras internacionais - A. DO AMARAL. — O A. dá explicações para os zoólogos amadores, a respeito das designações empregadas em systematica e da maneira de se grapharem os nomes genericos, especificos e os dos autores correspondentes.

Aspectos interessantes da reprodução dos reptéis, especialmente das serpentes e dos lagartos - A. DO AMARAL. — Na primeira parte de sua comunicação o A. versou a differenciação das 207 especies brasileiras em ovíparas e ovovivíparas, e em cuja segunda parte ficou accentuado o pouco que se conhece a respeito da função reproductora entre as 109 especies de lagartos até agora registadas em nosso territorio. Este trabalho foi acompanhado de photoprojecções e da apresentação de peças e exemplares diversos para a necessaria elucidação da materia.

SESSÃO DE 3 DE JANEIRO

Fauna ornithologica de S. Paulo - DR. OLIVÉRIO PINTO. — O A. para beneficio dos amadores em geral, antes de se occupar do assumpto propriamente de sua comunicação sobre "Fauna ornithologica de São Paulo", procurou focalisar questões fundamentaes de systematica como complemento ás explicações que, sobre nomenclatura zoológica, o dr. Afranio do Amaral havia dado na sessão anterior. Do ponto de vista pratico pode-se aceitar como "especie" todo grupo de animaes que o vulgo com as luzes do bom senso e as observações de cada dia, se habituou a reconhecer como "qualidade" differente. Pelo mesmo processo o conceito de "genero" pode ser definido pela consulta á sabedoria popular porquanto a esta geralmente não escapam as affinidades particulares que approximam entre si certas especies. Entre muitos exemplos poderia ser citado o do sanhaço, pois sob este nome generico o povo enfeixa varias formas de aves, cada qual com a sua designação especifica: S. commum, S. de encontros, S. de coqueiro, etc.. Nestas condições, a nomenclatura scientifica, baseada no systema inaugurado por Linneu,

introduziu em systematica termos latinicos ou latinizados para nomear generos e especies, bem como outros grupos maiores e menores. Entre os grupos menores, as sub-especies têm importancia capital em ornithologia, representando o resultado do aperfeiçoamento dos methodos de pesquisa e de riqueza crescente das collecções de que se servem os naturalistas para melhor apreciarem os caracteres das formas vivas, suas correlações e variações. No caso dos Sanhaços, o nome generico ou do grupo é "Thraupis" sendo que a combinação "Thraupis" "sayaca" designa a especie chamada de Sanhaço commum, emquanto a combinada "Thraupis sayaca sayaca" se applica á sub-especie propriamente dita ou typica occorrente no Brasil, da qual se aparta, por exemplo, a forma "Thraupis sayaca obscura", que é a sub-especie encontradica na Argentina. Quanto aos agrupamentos de maior importancia, devem-se distinguir as familias que se formam pela reunião de generos affins e se fundem por sua vez em ordens, estas em classes em ramos etc.. Dadas essas explicações preliminares ficou adiada para a proxima reunião a apresentação do texto do trabalho.

Alimentação da Boipeva - DR. AFRANIO DO AMARAL. — O A. communicou a nota sobre "Alimentação da Boipeva", especie de serpente da série aglypha e, portanto, desprovida de presas inoculadoras. A Boipeva offerece as notaveis particularidades de possuir um maxillar muito curto e bastante movel, e de devorar, incolume, qualquer sapo do genero "Bufo", reconhecidamente venenoso. O veneno desses sapos está contido, não só nas glandulas dorsaes e principalmente nas duas parotides ou saliencias que se encontram na base da face dorsal da cabeça, como também em numerosas glandulas redondas que apparecem por toda a superficie do tegumento: por este motivo os sapos são sempre poupados por todos os animaes carnivoros ou predadores que, por instincto, os evitam. O veneno dos "Bufo" é rapidamente absorvido pela via gastro-intestinal dos animaes, occasionando-lhes a morte dentro de pouco tempo. Apenas certos cães, de raças recentemente importadas e, portanto, ainda

inexperientes, se arriscam a atacar e morder os alludidos sapos, pagando, porém com a morte a sua ousadia.

Entre os animaes que não se arreceiam dos sapos, só a Boipeva, das especies até agora ensaiadas, lhes dá caça e talvez mesmo preferencia como alimento, sendo curioso que os sapos, por sua vez, parecem reconhecer-a mesmo a certa distancia. Não sendo affectada pela peçonha quando introduzida pela via digestiva, nem possuindo muito nitido, o senso das proporções a Boipeva procura pegar o sapo pela cabeça e deglutil-o inteiro, de um só trago. Sendo, porém, normalmente, muito mais estreita do que elle, ella procura, com a bocca, viral-o de barriga para o ar, até attingir-lhe o ventre com os dentes maxilares. Feito isto ella o morde fortemente, estourando-lhe a cavidade abdominal o que reduz enormemente o volume. Nesse momento, a Boipeva, pressurosa, trata de deglutil-o, o que consegue fazer com relativa facilidade.

LITTERATURA MEDICA

Livros recebidos

Clinica Cirurgica - BARROS LIMA - Imprensa Industrial (Nery da Fonseca, 1), Recife, 1933. — O prof. Barros Lima é uma das mais vigorosas personalidades da Medicina Brasileira. Do seu valor intrinseco dá bem mostra a sua feunda produção scientifica. Não só nas revistas nacionaes, como ainda nas estrangeiras, de frequencia deparamos com a penna brilhante do illustre professor de Recife versando com proficiencia os assumptos da especialidade a que se dedica. Não contente com isso, creou uma revista sua, das melhores que se fazem no Brasil. E foi além: acaba de publicar um excellente volume "Clinica Cirurgica" em que reuniu numerosas "observações commentadas". São 24 capitulos contendo interessantes contribuições á casuistica, acompanhadas de uma se-

rie de judiciosas ponderações ditadas pelo alto espirito de critica e esmerado preparo theorico do A. E., emfim, um livro que vem enriquecer as letras medicas nacionaes.

Da Syphilis nervosa. - DR. CUNHA LOPES e **A Epilepsia e sua significação constitucional** - DR. MURILLO DE CAMPOS - Bibliotheca de Cultura Medico-Psychologica, Rio, 1933. — Recebemos estes dois trabalhos, respectivamente, volumes 7 e 9 da Bibliotheca de Cultura Medico Psychologica dirigida pelo Dr. Neves Manta. Ambos, de facil leitura, preenchem satisfactoriamente o fim a que foram destinados: a divulgação de conhecimentos scientificos de aquisição recente. O Dr. Cunha Lopes estuda, em cinco capitulos, a syphilis nervosa em geral, as

meningites específicas, as psychoses lúicas, a therapeutica e as consequências medico-legaes da neuro-lues. E' de lamentar que o autor, na introdução, não tenha feito justiça aos trabalhos da escola de Juquery, superiormente dirigida por Pacheco e Silva, pois é indiscutível que as melhores preparações microscópicas brasileiras, destinadas a demonstrar a localização do espirocheta no parenchyma nervoso, são devidas a esse infatigável pesquisador.

No segundo volume, o Dr. Murillo de Campos faz um apanhado geral sobre as idéias actuaes a respeito dos typos constitucionaes epilepticos; escripto com grande segurança e de um modo bastante accessivel, este livrinho está fadado a successo. O Autor condensou, em poucas paginas, idéas e conceitos que só trabalhos bastante especializados podem dar, como se poderá ver pelos titulos dos differentes capitulos: 1.º) problema pathogenico; 2.º) conceito constitucional; 3.º) caractereologia clinica e somatica da epilepsia. Em uma ultima parte o Autor aborda a questão, bastante complicada, das relações entre a epilepsia e a criminalidade.

O. L.

O livro das mães. — ALMEIDA JUNIOR e MARIO MURSA — 2.ª edição Companhia Editora Nacional (Gusmões, 26), São Paulo, 1933. — Acaba de sahir em 2.ª edição, "revisita e augmentada", o excellente livro de Almeida Junior e Mario Mursa. Um, hygienista e educador de nomeada; o outro, pediatra dos mais conceituados em nosso meio — o seu livro é bem um reflexo do valor dos seus autores. Dahi o facto de ter a Companhia Editora Nacional chamado a si a publicação da obra em 2.ª edição de grande tiragem. A procura que teve a 1.ª edição, a feitura agradável desta nova, a somma consideravel de conhecimentos uteis que contem, farão della um novo successo de livreria.

Cysto solitario seroso do polo inferior do rim direito ptosado; A nephrectomia pela via anterior para-peritoneal. — A. BERNARDES DE OLIVEIRA e MARIO PERNAMBUCO — Separata de "Brasil Médico", Rio,

1933. — Os illustres director e urologista do Instituto Cirurgico Bernardes de Oliveira, de Campinas, reuniram em um só volume os interessantes trabalhos publicados no "Brasil Médico" e subordinados ao titulo acima. O primeiro delles é deveras interessante por varios motivos: já o caso em si, já a maneira por que é relatado e commentado. O segundo focaliza a technica, as vantagens e indicações da via anterior para-peritoneal de Peau-Bazy e é, tambem, acompanhado de judiciosos commentarios. Ambos são fartamente illustrados.

Biologia. — ANDRÉ DREYFUS — O illustre assistente da cadeira de Embryologia e Histologia da Faculdade de São Paulo deixou tachygraphar pelo alumno sr. José Francisco Finochiaro as aulas de Biologia proferidas durante o ultimo anno lectivo. O tachygrapho reuniu a traducção em varios fasciculos, revistos pelo autor, e os entregou ás livrarias. Tratando-se, como se trata, de um conjunto de aulas dadas por quem conhece profundamente o assumpto, a edição de José Francisco Finochiaro está fadada a um exito certo. Os fasciculos conglobam todo o programma Official da disciplina.

La situacion efectiva de los medicos en el Peru. — CARLOS ENRIQUE SOLDAN — Lima, 1933. — Agora que estamos tratando da Ordem dos Medicos e que as questões relativas ao exercicio da Medicina estão despertando maior interesse entre nós, é muito util a leitura do interessante trabalho do prof. Paz Soldan, nosso velho amigo, sobre as condições de vida profissional dos medicos no Peru. E' um estudo muito illustrativo, alicerçado em dados estatísticos.

El ABC de la Higiene. — Lima. — Sem indicação de A. e de data, appareceu em Lima, editado pelo Instituto de Medicina Social, um folheto destinado á divulgação de Hygiene, em linguagem e gravuras especialmente feitas para creanças. Livro escolar, preenche os fins a que foi destinado.

Theses de doutoramento

Novo micromethodo de dosagem da uréa no sangue por hydrolyse thermica. — DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER — These de S. Paulo, 1933. — Vai a seguir um dos capitulos do trabalho do A.:

"O micromethodo de dosagem da uréa no sangue que passaremos a descrever é uma adaptação ao methodo ha tempos apresentado pelo Dr. Jayme Cavalcanti á Sociedade de Biologia de São Paulo e que foi estudado em these inaugural pelo Dr. Tito Cavalcanti.

Principio do methodo: O principio basico é o mesmo do denominado methodo do autoclave. A uréa do filtrado de sangue, desalbuminizado pelo processo de Folin, é hydrolyxada em meio acido á temperatura de 150°, sendo a ammonia resultante isolada por destillação e dosada colorimetricamente.

Uma das suas characteristics é o systema de aquecimento; em vez de ser o filtrado aquecido em autoclave (o que só é pratico quando se fazem muitas determinações simultaneas) o é no interior de tubos de vidro commum, fechados, com as dimensões aproximadas de 7 mm. de diametro interno, 0,5 mm. de espessura de parede, e 20 cms. de comprimento. As extremidades cuidadosamente fechadas a lampada, devem apresentar a fórma cônica que se vê na figura 1. Ficará no interior do tubo uma camara de ar com 7 a 8 centimetros de comprimento. Estes tubos de vidro supportam pressões internas muito maiores do que a correspondente á temperatura em que se dá a hydrolyse completa da uréa. Esta ultima se realiza a 150°, a uma pressão de 5 atmosferas aproximadamente, ao passo que os tubos podem resistir a cerca de 40 atmosferas de accordo com o que demonstrou o Dr. Jayme Cavalcanti em experiencias realizadas no Laboratorio de Physiologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Reactivos necessarios: Para a execução da technica necessitamos dos seguintes reactivos:

- 1 — Solução de acido sulfurico a 2/3 N diluido a 1/10.
- 2 — Solução de tungstato de sodio a 1 %.
- 3 — Solução de acido sulfurico N.
- 4 — Solução saturada de carbonato de sodio.
- 5 — Solução de acido chlorhydrico a 0,05 N.
- 6 — Reactivo de Nessler — Folin.
- 7 — Solução padrão de sulfato de ammonio da qual cada 1 cc. contém 0,1 mgrs. de azoto.

Technica: A quantidade de sangue empregada em cada dosagem é de 0,1 cc. retirado da ponta do dedo por meio de uma micropipeta, graduada até á extremidade. Este 0,1 de cc. dilue-se em 1 cc. de agua distillada, contido em um tubo de centrifugar, adicionando-se em seguida 1 cc. de tungstato de sodio a 1/100 e gotta a gotta, agitando, 1 cc. de acido sulfurico a 2/3 N diluido a 1/10. Centrifuga-se. Após a centrifugação, transferem-se, para um dos tubinhos de vidro acima referidos, 2 cc. do liquido claro sobrenadante e 1 cc. de acido sulfurico N.

O tubinho, com o filtrato, é aquecido á temperatura de 150° durante 10 minutos em banho de glicerina, contida em um tubo de ensaio de vidro Pyrex, sendo o todo coberto com uma lata que serve de systema de protecção e de suporte para o thermometro. O aparelho de aquecimento acha-se representado na fig. 1

Uma vez refriado o tubinho, passa-se o seu conteúdo para o tubo A (fig. 2) do vidro Pyrex ou Jena (200 × 25 mm.) Collocam-se no tubo receptor B 2 cc. de acido chlorhydrico a 0,05 N e, no tubo A uma perola de vidro limpa e secca e 2 cc. de solução de carbonato de sodio saturada.

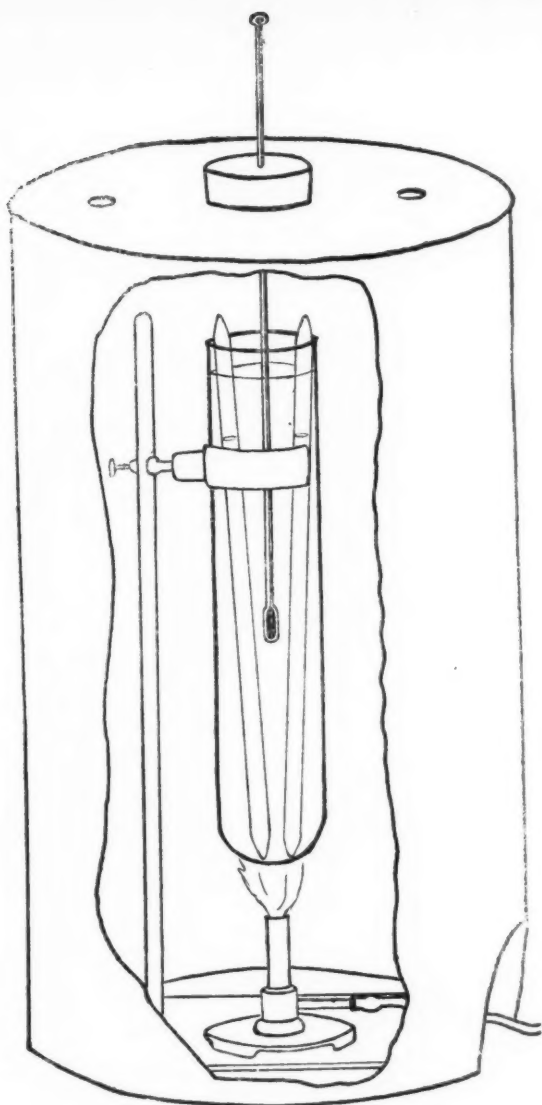


Fig. 1

Inserem-se, firme e rapidamente, as rolhas de borracha nos tubos A e B (*) e se aquece o tubo A de modo que tenha início uma ebulição mode-

rada e uniforme. Após 4 minutos de ebulição, separa-se o tubo B da rolha de borracha e, mantido na posição C, continua-se a destilação

(*) A rolha de borracha do tubo B deve ter uma abertura permitindo o escapamento de vapor que vem ao tubo recipiente.

por mais um minuto. Lava-se a extremidade do tubo de desprendimento com um pouco de agua que se distilla, e resfria-se o distillado em agua corrente.

Se bem que Folin não considere indispensavel, julgamos conveniente manter durante a distillação, a parte inferior do tubo B mergulhada em um copo de agua fria. Transfere-se o distillado do tubo B para um peque-

100 cc., mistura-se, ficando assim prompto o padrão. Ao distillado juntam-se 0,66. do reactivo de Nessler e completa-se com agua distillada, até 6 cc.. No caso de se preferir a diluição do distillado até 8 ou 10 cc., devem-se juntar respectivamente 0,8 cc. ou 1 cc. do reactivo de Nessler, completando-se em seguida o volume desejado e misturando-se, finalmente, para a homogenei-

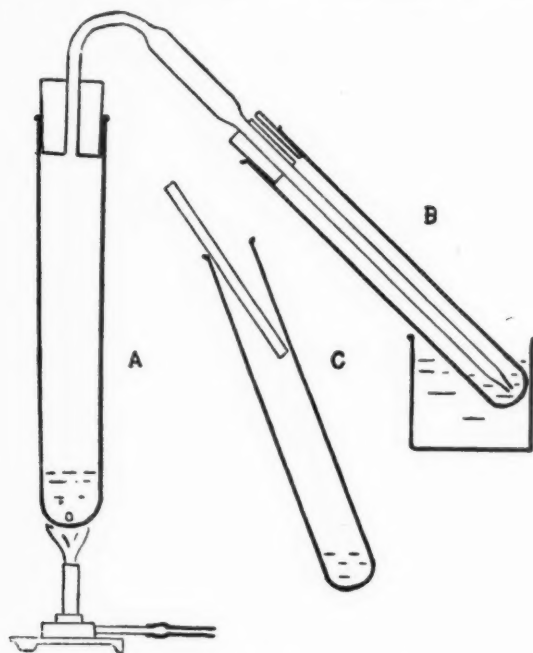


Fig. 2

no tubo de ensaio graduado a 6 cc. (No caso do tubo B ser graduado a 6 cc. evita-se essa transferencia, tendo-se collocado a solução de acido chlorhydrico, directamente no referido tubo. Pode-se tambem usar um tubo graduado a 8 ou a 10 cc.).

Num frasco aferido de 100 cc. collocam-se 2 cc. da solução padrão (0,2 mgrs. de azoto) e addicionam-se cerca de 75 cc. de agua distillada. Acrescentam-se mais 10 cc. do reactivo de Nessler e completa-se até

dade de coloração. Compara-se ao colorimetro.

Calculo: A leitura do padrão (20) em millimetros, dividida pela leitura do desconhecido e multiplicada por 18,6 dá o numero de milligrammas de azoto ureico contidos em 100 cc. de sangue (caso o distillado tenha sido elevado ao volume de 6 cc.).

$$\frac{20}{D} \times 18,6 = \text{numero de mgrs. de N. em 100 cc. de sangue.}$$

Deduz-se essa formula do seguinte raciocinio: Como vimos pela execução da technica, empregamos na distillação a quantidade de 2/3,1 de 0,1 cc. de sangue, isto é, 0,0645 cc. de sangue. O distillado é completado a 6 cc., o que vale dizer que se faz a nesslerização do distillado de 1,075 cc. de sangue ao volume de 100 cc.

Ora, se chamamos a leitura do padrão P (representando em millimetros a altura da columna liquida desse padrão) e a leitura do desconhecido D (representando em millimetros a altura da columna liquida do desconhecido) estabeleceremos a seguinte regra de tres: Se P corresponde a 0,2 mgrs. de azoto, D corresponderá a X. Tratando-se de uma regra de tres simples e inversa (porque quanto maior for a columna liquida necessaria para dar uma determinada cor, tanto menor será a quantidade de azoto da mesma) poderemos armar a seguinte proporção:

$$P : D :: X : 0,2$$

De accordo com o que foi estabelecido acima, X representa a quantidade de azoto ureico em 1,075 cc. de sangue. Como queremos conhecer o azoto ureico em 100 cc. de sangue, basta multiplicar o resultado por 93,02.

$$X = \frac{P}{D} \times 0,02 \times 93,02$$

$$X = \frac{P}{D} \times 18,6$$

Donde concluimos a regra pratica para o calculo: Leitura do padrão (que em geral collocamos em 20) dividida pela leitura do desconhecido, multiplicada por 18,6 dá o numero de milligrammas de azoto ureico contidos em 100 cc. de sangue.

Tomando uma diluição de 0,1 cc. de sangue num total de 3,1 cc. e no caso de ser elevado o volume do distillado na nesslerização a 8 cc. multiplica-se $\frac{P}{D}$ por 24,8. No caso de ser elevado o volume do distillado na nesslerização a 10 cc. multiplica-se $\frac{P}{D}$ por 30,6."

Pesquisa toxicologica do bismutho e sua dosagem colorimetrica - DR. AZAEL SIMOES LEINSTER. - These de S. Paulo, 1933. — Conclusões do A.:

1) Os saes insolúveis de bismuto são de absorção evidente, tendo sido encontrados (de acordo com as doses administradas) em todos os órgãos e aparelhos da economia animal;

2) A absorção desses saes dá-se, administrados por via oral, tanto através da parede gastrica como intestinal;

3) A eliminação dos saes bismutícos insolúveis processa-se principalmente pelas fezes, urinas e pêlos, seja qual for a via de administração;

4) Os saes insolúveis de bismuto, quando puros, são inteiramente atóxicos;

5) Toda intoxicação atribuída aos saes bismutícos insolúveis corre por conta sempre dos nitritos, ou das impurezas do sal empregado;

6) O processo de destruição completa da materia organica para dosagem do bismuto é, de muito, superior ao processo da destruição incompleta da mesma materia, permitindo a obtenção de resultados, de numeros que mais se aproximam da verdade;

7) A reação de precipitação pelo iodeto de potassio é muito menos sensível que a reação pelo hidrogenio sulfurado, sendo aritmeticamente, de acordo com os calculos, sua sensibilidade 66 vezes menor que a desta ultima;

8) A reação de coloração pelo iodeto de potassio (que diretamente nos interessa na dosagem colorimetrica) é muitissimo mais sensível do que as duas outras reações citadas.

Expressando aritmeticamente, ela seria 30 vezes mais sensível do que a reação do sulfureto de hidrogenio e 96 vezes mais sensível do que sua reação de precipitação;

9) A sensibilidade do processo gravimetrico ou ponderal de dosagem do bismuto é relativamente bastante pequena;

10) O processo colorimetrico é de grande vantagem na dosagem do

bismuto na materia organica, dado sua sensibilidade notavel;

11) Um grande inconveniente do metodo colorimetrico de dosagem é representado pela variação visual individual, bastante apreciavel;

12) Os colorimetros modernos são aparelhos singelos, de manejo facil e ao alcance de qualquer pessoa;

13) A pratica no manejo desses aparelhos permite determinações gradativamente mais rapidas e precisas.

NOTICIARIO

Prof. Ovidio Pires de Campos

Homenagem. — O prof. Ovidio Pires de Campos foi alvo, no dia 2 de fevereiro, de expressiva homenagem por motivo da passagem do 20.º anniversario de sua entrada para a Congregação da Faculdade de Medicina de S. Paulo.

O grande banquete que lhe foi oferecido, no salão "Ramos de Azevedo", do Clube Commercial, esteve muito brilhante, a elle comparecendo o que S. Paulo possui de mais representativo.

Falou, em primeiro lugar, offerecendo a festa, em nome da classe medica, o dr. Antonio de Paula Santos, que pronunciou eloquente oração.

Usou depois da palavra o academico Nairo Trench, que falou pelo Centro "Oswaldo Cruz".

Agradecendo, o prof. Ovidio Pires de Campos produziu bello discurso, que mereceu fartos applausos.

— A's 10 horas, no Instituto "Arnaldo Vieira de Carvalho", na Santa Casa, foi prestada ao prof. Ovidio Pires de Campos uma significativa homenagem, falando por essa occasião o dr. Ulysses Paranhos.

— Em janeiro de 1914, o dr. Ovidio Pires de Campos, que nesse tempo já grangeara em S. Paulo, como medico, uma clinica invejavel, e possuia um nome brilhante, foi convidado, pelo saudoso dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, para professor substituto da cadeira de Physiologia e Pathologia geral do nosso estabelecimento de ensino medico. Poucos mezes depois, o dr. Ovidio de Campos era nomeado professor cathedratico da mesma cadeira.

Inaugurou, nesse mesmo anno, o curso de Physiologia, que dirigiu até á chegada da Europa do prof. Lambet, que esteve á frente do cargo até que, deflagrada a Grande Guerra, teve de seguir para a França. Desde então, o dr. Ovidio de Campos assumiu a responsabilidade integral da direcção do curso, que esteve sob sua orientação até 1916, quando foi transferido, pelo dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, para a cadeira de Clinica Medica.

Nomeado pelo governo vice-director da nossa Faculdade, o dr. Ovidio Pires de Campos assumiu o cargo em 1918, nelle se conservando por varios annos.

Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina de S. Paulo

Festa de formatura das novas parteiras. — Realizou-se no dia 16 de dezembro a festa de formatura da turma de 1933, das parteiras da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina. Foi paranympo o Prof.

Raul Briquet. As novas parteiras prestaram nessa occasião, merecida homenagem aos professores Ivan de Vasconcellos, Benedicto Tolosa, Frederico Zink, José Dias, Lucca Assumpção, Alvaro Guimarães e José Medina.

A turma deste anno era constituída das sras: Amalia Zaragoza Melchior, Dalila de Oliveira Dias, Lola Aguilar Pedreno, Ernestina Vezzelli, Philomena Rocce, Nair Canjiam, Maria Argentina Becheli, Josephina Costa Brito, Josephina Zink, Rosa Cezari Vianna, Luzia Flandra Maria Rodrigues Seidel, Marilda

Ferrarezzi, Maria Bezz Ferraz, Maria França, Sonia Feiner, Elisabeth Shene, Selma Stegemberg, Lydia de Assi, Eliza Paiva Cruz, Maria Julia Guedes, Helena Gasch, Graciela Medina, Yolanda Pierati, Romilda Pierati, Armanda Pierati, Iracema Miranda Pamplona, Carolina Ribas Tavares, Geny Hadad.

Escola de Medicina Veterinaria

Collação de grau. — Realizou-se, no dia 23 de dezembro, no salão nobre da Escola de Medicina Veterinaria, no parque de Industria Animal, á avenida Agua Branca, a cerimonia da collação de grau dos novos medicos veterinarios.

Presentes membros da congregação e professores, assim como grande numero de familias, tomaram assento á mesa os srs. representantes do interventor federal, dr. Armando de Salles Oliveira, e secretario da Agricultura, dr. Adalberto Bueno Netto, ladeando o director da Escola, dr. Mario Maldonado, que tinha a sua esquerda os srs. Alexandre de Mello, sub-director, e Anthero Junior, secretario, e á direita, os drs. Antonio Brandão, paranympo da turma, e Ribeiro Netto, cathedratice de Anatomia.

O dr. Mario Maldonado declarou aberta a sessão, agradecendo a pre-

sença dos representantes do governo e das exmas. familias e lendo o juramento, que foi repetido pelos novos medicos veterinarios.

A seguir procedeu á entrega dos diplomas, passando a palavra ao dr. Antonio Augusto Brandão, que se despediu dos seus alumnos, abordando ás multiplas finalidades que a Medicina Veterinaria offerece nos campos das realizações praticas, hygienico-social, scientifico e economico, falando do conceito em que é tida essa carreira nos paizes mais adiantados do mundo e das garantias que o profissional goza, como optimo auxiliar dos medicos humanos, tornando-se todavia indispensavel uma delimitação das suas actividades.

Após o doutorando Lauro Coelho de Oliveira, orador da turma, pronunciou o seu discurso de despedida.

Associação Paulista de Medicina

Posse da nova directoria. — Tomou posse a 4 de janeiro, a directoria de 1934 da Associação Paulista de Medicina.

Presenciou á solennidade numerosa assistencia.

Abriu a sessão, ás 20 horas e meia, o prof. Alves Lima, presidente da directoria que findou seu mandato. Pronunciou uma oração, dando conta dos trabalhos realizados no anno findo. Dá entre outros, estes interessantes dados:

"O numero dos socios augmentou sendo que, com os socios correspon-

dentes, a Associação conta com 794 associados, quasi 800, e esperamos que durante a gestão da directoria deste anno, o total suba a 1.000, o que dará uma idéa do valor e da importancia desta corporação de medicos.

"O "Clube Medico" soffreu grandes transformações nas suas installações, proporcionando, assim, maior conforto aos socios, sendo estas despesas, que já estão liquidadas, feitas com a propria renda do Clube, graças á operosidade dos membros da sua directoria.

"A "Revista da Associação Paulista de Medicina", cuja publicação se iniciou com atraso, por motivos alheios á sua commissão, já normalizou esta situação, estando, actualmente, em dia a sua publicação.

"Sobre o Congresso Medico", recentemente realizado sob os auspícios da Associação Paulista de Medicina, poucas referencias são necessarias, pois o exito do mesmo foi apreciado pelos dignos consocios presentes. Ao Congresso adheriram cerca de 450 medicos desta Capital, do interior e do Rio de Janeiro, além de todas as sociedades medicas de S. Paulo e da Academia Nacional de Medicina. Além de varias conferencias proferidas por collegas illustres, foram apresentados, ás diversas secções especializadas, cerca de 200 trabalhos, que foram amplamente discutidos. Todas essas theses e as suas respectivas discussões e commentarios tachygraphados durante as sessões estão sendo devidamente colleccionadas e catalogadas para a sua futura publicação. Quanto ao movimento financeiro verificou-se uma receita de 13:016\$000 e uma despesa de 9:780\$800, portanto com um saldo de 3:235\$200 recolhidos aos cofres da Associação.

"A actual directoria, attendendo á necessidade, cada vez mais crescente, de imprimir uma orientação segura á profissão medica, creando, ao mesmo tempo, garantias ao medico, no exercicio de sua nobre actividade, nomeou uma commissão de illustrados consocios para, juntamente com representantes de outras sociedades medicas do Estado estudar a questão e elaborar o ante-projecto da Ordem dos Medicos, que já foi discutido em uma primeira sessão de Assembléa Geral.

"O movimento financeiro do corrente anno foi auspicioso, estando o balancete á disposição para ser examinado.

"A receita bruta attingiu a ... rs. 89:700\$000 e a despesa á rs. ... 72:173\$000 havendo portanto um saldo de 17:527\$000.

Assim concluiu o dr. Alves Lima :

"Eis, senhores, em synthese, os factos principaes occorridos durante a nossa presidencia. Foi graças á

harmonia que sempre reinou no seio desta directoria e á collaboração efficiente de todos os seus membros que nos foi possivel o desempenho de nossa tarefa cheia de responsabilidades. Aos meus companheiros de directoria cabem todos os louros de nossa presidencia.

Os nomes que constituem a nova directoria são penhores de successo e de tranquillidade quanto ao futuro de nossa Associação. O presidente eleito, o meu amigo professor Camargo, é um nome consagrado que dispensa apresentações; a sua vida como homem, como clinico e como professor é um modelo de civismo, acatado entre os seus pares.

Entregamos confiantes, em suas mãos, os destinos da Associação Paulista de Medicina".

Prolongadas palmas acolheram as ultimas palavras do orador, que, logo depois, convidava a directoria eleita a tomar assento á mesa, o que foi feito sob applausos.

Assumindo a presidencia, o prof. Antonio Candido de Camargo toma a palavra.

Foi a seguinte sua expressiva oração :

"Já vão longe, para mim, os sonhos de vaidade. Hoje, a experiencia traça firme o caminho por onde trilho; de tal maneira, que aquillo que para os moços é motivo de vaidade e de orgulho, tornou-se para mim, a necessidade de um sacrificio, o peso de uma responsabilidade. Compreendo e compreendo bem a significação do brilhante pleito que me elevou a esta presidencia.

Nelle, desde logo, entrevi a ansia da amizade em busca de uma veneração ao velho professor, contrapondo-se ao grande merito do meu illustre antagonista, a quem, já agora, rendo o pleito das minhas grandes homenagens.

Não discuto a vossa decisão; acato-a com a serenidade e a despreocupação pessoal de quem vae cumprir um mandato electivo, que não pleiteou, nem pleitearia jamais e que, no entretanto, accerta com a soberana dignidade dos que se habituaram a obedecer, indiscutivelmente, a vontade da maioria como um imperativo de dever.

Dentro dessa ordem de idéas, assumo a presidencia da Associação Paulista de Medicina.

Neste momento angustioso por que passa o Brasil, angustia que se reflecte em todos os departamentos da actividade, moral e intellectual, como minha exigua experiencia (e nisso, e tão sómente nisso, talvez, acertasseis em eleger-me) procurei, por todos os meios e com todos os meus esforços, a união da classe medica de São Paulo, para que, conjugada ás demais classes intellectuaes, contribua para a reconstrução da nacionalidade.

Para isso, conto comvosco, não só no terreno do desenvolvimento da actividade, moral e intellectual, como, também, no apoio economico, que, por certo, não me faltará.

Como vedes, o exito da minha presidencia dependerá da ratificação permanente da vossa vontade, que se traduzirá no apoio integral e constante á minha actividade nesta presidencia.

Não quero terminar sem exprimir os mais profundos agradecimentos á passada directoria, cuja administração fecunda tantos beneficios trouxe a esta Associação. Entre os factos da sua notavel actuação cumpre registar a convocação do Congresso Medico em São Paulo, cujo exito tanto relevo e alta significação produziu nas letras medicas brasileiras.

Agradeço summamente, em meu nome e no de meus collegas de directoria, os vossos votos para a nossa eleição.

Meus caros collegas, muito obrigado".

O prof. Camargo foi calorosamente applaudido, sendo cumprimentado por todos os presentes.

A nova directoria ficou assim constituída.

Presidente, prof. A. C. de Camargo; vice-presidente, dr. João Mendonça Cortez; 1.º secretario, dr. Oscar Monteiro de Barros; 2.º secretario, dr. Francisco Cerruti; 1.º thesoureiro, dr. Bento Lacerda de Oliveira; 2.º thesoureiro, dr. Leonel Orsolini e bibliothecario, dr. Jorge de Andrade Maia.

COMISSÕES:

Commissão de União e Defesa de Classe: dr. Roberto Oliva, dr. J.

Leme da Fonseca, dr. Alberto Nupieri e dr. Cesario Mathias.

Commissão de Syndicancia: dr. Vital Vaz, dr. Lemos Monteiro, dr. Arnaldo Amado Ferreira e dr. Mendonça Cortez.

Commissão de Finanças: — Dr. Ernesto Moreira, dr. Alvaro Amaral, dr. Braz Gravina e dr. Jacques Tupynambá.

MESA DAS SECÇÕES SCIENTIFICAS

Secção de Biologia: Presidente, Dr. André Dreyfus; 1.º secretario, Dr. Humberto Cerruti; 2.º secretario, Dr. Paulo da Cunha Nobrega.

Secção de Neuro-psychiatria: Presidente, Dr. Adherbal Tolosa; 1.º secretario, Dr. João Thomaz do Aquino; 2.º secretario, Dr. Oswaldo Comodo.

Secção de Cirurgia: Presidente, Dr. Alipio Correia Neto; 1.º secretario, Dr. João de Oliveira Matos; 2.º secretario, Dr. Piragibe Nogueira.

Secção de Pediatria: Presidente, Dr. Mario Margarido; 1.º secretario, Dr. João Vicente Ferrão; 2.º secretario, Dr. Jorge Queiroz de Moraes.

Secção de Oto-rhino-laryngologia: Presidente, Dr. Homero Cordeiro; 1.º secretario, Dr. Horacio de Paula Santos; 2.º secretario, Dr. Rubens Vuono de Britto.

Secção de Medicina: Presidente, Prof. Almeida Prado; 1.º secretario, Dr. Fernando Fonseca; 2.º secretario, Dr. J. R. Pires de Campos.

Secção de Tisiologia: Presidente, Dr. Lemos Torres; 1.º secretario, Dr. Azembuja Neves; 2.º secretario, Dr. Decio de Queiroz Teles.

Secção de Urologia: Presidente, Dr. José Martins Costa; 1.º secretario, Dr. Geraldo Vicente de Azevedo; 2.º secretario, Dr. Pedro E. S. Aranha.

Secção de Obstetricia e Gynecologia: Presidente, Dr. Benedicto Tolosa; 1.º secretario, Dr. Oliveira Pirajá; 2.º secretario, Dr. Victor Maierá Junior.

Redacção da Revista: Drs. Jorge Maia, J. Octavio Nebias e Cassio Villaça.

Directores do Clube: Drs. Oswaldo Alves de Godoy, Vital Vaz e José Rodrigues Barbosa.

Consultor Juridico: Dr. Nicolau Marques Schmidt.

Sociedade de Biologia de S. Paulo

Posse da nova directoria. — Tomou posse, no dia 8 de janeiro ultimo a directoria eleita para 1934, assim constituida: presidente, J. Lemos Monteiro; vice-presidente, Floriano de Almeida; secretario ge-

ral, M. de Barros Erhardt; 1.º secretario, Clemente Pereira; 2.º secretario, J. Travassos; thesoureiro, P. Azevedo Antunes; bibliothecario, Jorge Maia.

Faculdade de Pharm. e Odontologia de S. Paulo

Officialização da Faculdade. — O sr. Interventor federal, assignou no dia 19 de dezembro ultimo, na pasta da Educação, o seguinte decreto, referendado tambem pelo sr. secretario da Fazenda, e que dispõe sobre a administração da Escola de Pharmacia e Odontologia de S. Paulo e dá outras providencias:

“O doutor Armando de Salles Oliveira, interventor federal no Estado de São Paulo, usando das attribuições que lhe confere o decreto federal n. 19.398, de 11 de Novembro de 1930; e considerando que a Escola de Pharmacia e Odontologia de São Paulo é uma fundação, segundo pareceres de notaveis juriconsultos; considerando não ter a escola corresponido aos fins para os quaes foi instituida; e considerando que, apesar de não poderem os bens de uma fundação responder por hypotheca, foi concedido um alvará para aggravar-os com uma divida hypothecaria; considerando, por fim, a necessidade que se impõe ao governo de cooperar para que o ensino de pharmacia e odontologia se eleve ao nivel das nossas instituições congeneres: decreta:

Art. 1.º — Fica o secretario da Fazenda e do Thesouro do Estado autorisado a resgatar a divida hypothecaria e as da administração do actual depositario judicial e administrador interino, que oneram a Escola de Pharmacia e Odontologia de São Paulo, sob a condição de quitação geral do credor hypothecario e desistencia em juizo de todos os interessados em qualquer direito que pleiteiem sobre a escola.

Art. 2.º — O secretario da Educação e da Saude Publica fica autorisado a aceitar, em nome do governo, a administração da Escola, mantendo-lhe o caracter de fundação que é.

Art. 3.º — O governo reorganizará nos moldes das leis vigentes, em decreto que expedirá opportunamente a Escola que passará a denominar-se “Faculdade de Pharmacia e Odontologia de São Paulo”.

Art. 4.º — Fica a Secretaria da Fazenda e do Thesouro do Estado autorisada a abrir o credito necessario á execução deste decreto.

Art. 5.º — Revogam-se as disposições em contrario.”

Homenagem aos Drs. Benedicto Montenegro e Nicolino Morena. — Realizou-se, no dia 28 de dezembro ultimo, no salão nobre da Faculdade de Pharmacia e Odontologia de São Paulo, a homenagem que as classes pharmaceutica e odontologica prestaram aos Drs. Benedicto Montenegro e Nicolino Morena.

A essa homenagem, que foi orientada pelas seguintes entidades: Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, Sociedade Paulista de Odontologia, União Pharmaceutica, Sociedade de Pharmacia e Chimica, Associação dos Proprietarios de Pharmacia e Sociedade dos Pharmaceuticos de Santos, compareceram os Drs. dr. Valdomiro Silveira, secretario da Justiça, Henrique Lefevre, representando o sr. Interventor federal; representantes dos secretarios de Estado, do sr. prefeito municipal, dr. Cantidio de Moura Campos, dr. M.

Camy, representantes do director da Faculdade de Direito, da Associação Paulista de Medicina, da Associação Brasileira de Pharmaceuticos do Rio de Janeiro e o sr. dr. José Fernandes de Barros, inspector geral.

Abrindo a sessão, o sr. pharmaceutico Candido Fontoura, convidou para presidir a o sr. Valdomiro Silveira que nomeou os srs. Tercio Sampaio Ferraz, Luiz Stamatis, Cornelio Taddei, Francisco Pitombo e Penna Malhado para, em commissão, introduzirem os homenageados no salão. Estes, sob palmas, tomaram lugar á mesa.

Dada a palavra ao sr. Tarboux Quintella este apresentou os agradecimentos da classe odontologica aos homenageados pelo muito que fizeram na reorganização e officia-

lização da Faculdade de Pharmacia e Odontologia. Ao terminar o orador, foi inaugurado o retrato a oleo do professor Benedicto Montenegro.

A seguir falaram o professor Tamandaré de Toledo e o dr. Paulo Artigas.

E por ultimo, o sr. dr. Benedicto Montenegro, agradecendo a homenagem que acabava de lhe ser prestada, salientou o grande auxilio que teve do sr. dr. Nicolino Morena como seu secretario naquella obra. Salientou ainda o auxilio do corpo docente e a obra patriótica do governo do Estado.

Encerrando a sessão, o secretario da Justiça, cisse da satisfação que o governo sentia por ter levado a Faculdade de Pharmacia e Odontologia ao seu justo posto.

Hospital de Prompto Socorro da Cruz Vermelha Brasileira

Inauguração official. — Presentes o mundo official e outras pessoas, podendo-se destacar os srs. Aureo de Camargo, representante do secretario da Viação; Antonio da Costa Pinto, representante do general da 2.^a Região; Affonso Pires, representante do sr. interventor federal; Plinio Telles Rudge, representante do sr. secretario da Agricultura; d. Noemia Junqueira Netto, representante da Liga das Senhoras Catholicas; Octavio Gonzaga, representante do Serviço Sanitario; os representantes consulares, membros da imprensa, representantes dos hospitaes da Capital e outros, assim como a fina flor da sociedade paulistana, no dia 25 de Janeiro a Cruz Vermelha em S. Paulo inaugurou officialmente o Hospital de Prompto Socorro, á praça Almeida Junior n. 20, antigo largo de S. Paulo.

Presidiu a sessão a sra. d. Antonia de Souza Queiroz, presidente daquelle hospital.

Tomou a palavra, em primeiro lugar, o dr. Eugenio Rundenberg, seguindo-lhe o representante do Centro "Oswaldo Cruz"; tenente-coronel Antonio de Castro Pinto, repre-

sentante da 2.^a Região, agradecendo, em nome do exercito, os convites.

O dr. Gama Cerqueira, em nome da directoria do hospital, agradeceu, em palavras felizes, os discursos daquelles que o antecederam.

Inaugurado officialmente o Hospital, os convidados passaram a visitar suas modelares installações.

O Hospital está dividido em secções especializadas a cargo de conhecidos clinicos e cirurgiões da Capital.

O laboratorio está affecto aos cuidados do sr. Adelino Leal. A parte clinica ao dr. Luciano Gualberto e Eduardo Monteiro; a parte referente a olhos ao dr. J. Brito, tendo como assistentes os Drs. Aureliano Fonseca, oculista da Santa Casa e assistente de olhos da Escola de Medicina: Rogerio Silva, tambem assistente da Escola de Medicina, ambos auxiliados pelo dr. Durval Prado.

Grandes salões e salas comportam seu aparelhamento modernissimo.

O serviço de oto-rhino-laryngologia, está ao cargo do dr. Sarmento.

Dentre as suas installações destacam-se a sala de ficharios, sala de curativos, exames, externos, cirurgias

rapidas, boxes para exame do fundo dos olhos, com keratometros para medir a reflexão da cornea,apparelhos de gñesterantes para o desenho e exame do fundo dos olhos, microscopios corneanos com lampadas de Fender para exame minucioso dos olhos, etc., salas de operações, curativos, pharmacia, raio X, esterilização, etc..

Os compartimentos são em numero de cinco quartos particulares com duas camas cada um e quatro enfermarias com nove camas cada.

Guardando as devidas proporções, o novo hospital é mais um grande passo para a melhoria da assistencia medica em nossa Capital, ainda tão falha para os menos favorecidos da fortuna.

Manicomio Judiciario do Estado

Sua inauguração. — Inaugurou-se officialmente, no dia 26 de dezembro ultimo, em Juquery, o Manicomio Judiciario do Estado.

O Manicomio Judiciario do Estado é uma realiação pela qual muito se bateram Franco da Rocha, fundador do Hospital de Juquery, e Pacheco e Silva, seu successor na direcção do mesmo Hospital.

Tal ideal, porém, só fôra concretizado quando, em 1927, surgiu no Senado o projecto numero 3, da autoria do prof. Alcantara Machado.

Ao dr. Pacheco e Silva, então director do Hospital de Juquery, e que, no anno anterior, fizera, em commissão, uma viagem aos Estados Unidos e á Europa, afim de estudar a assistencia a alienados no estrangeiro, coube a missão de organizar o novo Instituto.

Uma vez elaborado o projecto que reúne uma série de detalhes uteis encontrados em diversos institutos congêneres de outros paizes, como o de Neustadt, Bruschsal, Cottlingen, etc., e, escolhido o local onde, conforme a lei que o creara, deveria ser executado annexo ao Hospital de Juquery, deu-se inicio á construção que ora se inaugura.

Encarregou-se da construção inicial uma firma da Capital e da continuação e conclusão a Directoria de Obras Publicas, da Secretaria da Viação.

Muito antes, porém, de concluido o actual edificio, começou a funcionar o Manicomio Judiciario numa das secções do Hospital de Juquery. Em condições um tanto precarias, é bem de ver-se, não poderiam corres-

ponder ás necessidades do Estado, que são multiplas.

O novo edificio, construido, nas proporções em que o foi, estará apto a resolver o problema da assistencia a criminosos alienados no Estado.

Destina-se o Manicomio Judiciario a servir como instituto medico legal, para exame de sanidade psychica dos réos suspeitos de alienação mental; como órgão de defesa social, para seggressão dos inimputaveis, nos termos do artigo 29 do Codice Penal, e, como hospital psychiatrico, para tratamento dos ultimos e de todos os condemnados que adoeecerem no decurso da pena.

O edificio ora concluido é constituído por um corpo cuja extremidade anterior se prolonga lateralmente sob a forma de alas. E' a disposição dita em T, adoptada no Manicomio Judiciario de Neustadt, e que permite ao guarda collocado no ponto de entrecruzamento (hall), a vigilancia de todos os corredores.

Compõe-se o edificio de 3 pavimentos, dos quaes o terreo differe dos demais em alguns aspectos de sua disposição interior, enquanto os 2 restantes são identicos. Em cada um dos pavimentos no ponto de confluencia dos 3 segmentos ha uma grade de ferro que separa o "hall" da porção restante. Na parte central estão dispostos, de baixo para cima, as salas da vice-directoria, administração, trabalho, rouparia, etc., e é por ahi que todos os pavimentos se communicam através de escadas protegidas por grades de ferro.

Nas porções restantes vamos encontrar, distalmente, installações sanitarias confortaveis, com dispositivo para applicação de banhos mornos prolongados, de inestimavel valor na therapeutica dos estados de excitação. As bacias do W. C. são de louça inquebravel; os chuveiros são embutidos e as caixas de descarga, funcionando automaticamente, são inacessiveis aos doentes. Essa precaução visa reduzir ao minimo os locais apropriados para as tentativas de suicidio.

Ha ainda nessas porções amplas salas de estar, no andar terreo contiguo aos recreios, nos andares superiores, destinadas principalmente ao isolamento dos doentes portadores de molestias contagiosas, enfermarias de clinica medica, etc., e vias de communicação dos differentes planos.

Na porção intermediaria, encontramos: a) parte central, andar terreo, refeitórios para 70 pessoas approximadamente cada um, munidos de pias, filtros, etc.; nos demais andares, dormitórios com capacidade para 20 leitos; b) nas alas em geral, celas, das quaes algumas providas de installação sanitaria, 4 de dupla parede, chamadas "surdas", para isolamento de turbulentos. As suas portas são semelhantes ás usadas na

Penitenciaria do Estado. Os vidros das janellas medem 1 centimetro e meio de espessura, alguns dos quaes apresentam uma tela de arame intermediaria, o que lhes augmenta a resistencia e são montados em caixilhos de ferro reforçado. As janellas de cada cela abrem-se e se fecham por um dispositivo adaptado ao corredor. Todas as células têm lombos nos cantos, proximos da porta, de modo que o doente não pôde evitar que o guarda o veja antes de ali ingressar.

O edificio dispõe, ainda nos pontos intermediarios, de quartos para enfermeiros, guardas, etc., e de dormitórios para grupos de 5 doentes e, no andar terreo de refeitórios de capacidade reduzida, uns para doentes, outros para funcionarios. As portas destes e dos grandes dormitórios são de ferro (grades), fazendo saliencia no interior dos mesmos, de maneira a permittir ao guarda-noturno, sem nelles ingressar, a observação de tudo que ali se passa.

Em summa, com uma area total de 6.485 metros quadrados, com uma fachada de 100 metros de extensão e um corpo de 60 metros, tem o edificio em apreço capacidade para 300 doentes.

Fundação Paulista Contra a Lepra

Homenagem ao Dr. Francisco Salles Gomes Jr. — Realizou-se no dia 17 de dezembro p.p. o almoço que os medicos da Inspectoria de Prophylaxia da Lepra offereceram ao Dr. Francisco Salles Gomes Jr., orientador dos serviços contra a lepra.

Ao champanha falou o dr. Manuel de Abreu, director clinico do Asylo-Colonia Santo Angelo, em nome dos medicos da Inspectoria da Lepra, saudando o dr. Salles Gomes.

Após fazer varias considerações sobre o motivo daquella reunião, referiu-se o orador á vida do dr. Salles Gomes:

"Não sois somente o cidadão impolluto, cuja vida laboriosa tem sido um exemplo de honestidade, de severidade e de perfeita integridade moral;

sois tambem o profissional competente — o cirurgião emerito — que tem mitigado o soffrimento humano, restituindo a alegria e a saude em innumerous lares e feito jus á gratidão, respeito e veneração dos que foram beneficiados pelas luzes do vosso saber e pela pericia da vossa arte, ou captivados pela solidude da vossa carinhosa assistencia. Apoiando-se na opinião de Voltaire, que só reconhece como grandes os homens que prestam grandes serviços á humanidade, basta rever a valiosa somma de serviços que esta terra vos deve para vos cultuar em nossos corações, consagrar o vosso nome na opinião publica nacional e legal-o á posteridade."

"Como hygienista de rara competencia, ha mais de vinte annos vindes

exercendo esclarecida actividade no Serviço Sanitário de São Paulo, onde o vosso notavel e fecundo trabalho tem proporcionado inestimaveis beneficios á saude collectiva. O arraigado interesse pela solução dos nossos magnos problemas sanitarios tem sido a vossa maxima preocupação, muitas vezes pondo em risco a vossa saude e, quiçá a propria vida. Logo ao iniciar a vossa carreira de hygienista fostes designado para debellar um surto epidemico de peste bubonica em Redempção, conseguindo a extinção desse temivel flagello. Decorridos alguns mezes, quando Jacarehy era assolada pela variola, levastes a vacina Jenneriana a todos os lares e dirigistes com toda a efficiencia o hospital de isolamento local. Ainda nessa mesma cidade a vossa actuação se fez sentir posteriormente, no combate a um surto de peste.

Quando, em 1917, o impudismo grassava intensamente em Villa Americana, Monte Mór, Santa Barbara e Nova Odessa, estiolando o animo das populações, ceifando vidas, despovoando fazendas e cidades, paralyzando o commercio e a industria e diminuindo a producção agricola, em boa hora vos coube a ardua tarefa de sanear essa rica zona do nosso Estado. Vencendo innumerous obstaculos, em pouco tempo a vossa segura e intelligente actuação conseguiu destruir todos os focos de anophelinos, restituindo a alegria e a saude, restabelecendo as actividades, fazendo jus á gratidão de toda a população beneficiada e merecendo, pelo vosso inestimavel serviço, especial e significativo elogio de Arthur Neiva, então director do Serviço Sanitário.

Nomeado para o cargo de inspector chefe do Serviço de Prophylaxia Geral, em Fevereiro de 1918, promovestes, a seguir, o saneamento de Barra Bonita, Ituberava, Catanduva e Rio Preto, que tambem se viam a braços com o flagelo do impudismo. Colocado na Chefia do Pelicamento Domiciliar, em Julho de 1925 e na Direcção da Inspectoria de Molestias Infecciosas, em Janeiro de 1929, o vulto dos vossos trabalhos, a firmeza do vosso caracter e a clarividencia da vossa acção aureolaram o vosso nome de merecido prestigio. Sobresae entre esses serviços a formi-

davel barreira que oppuzestes á intromissão do virus amarellico em São Paulo, quando a Capital Federal recebia a inopportuna e detestavel visita da nefasta febre amarella. Guindado á Direcção Geral do Serviço Sanitário, em fins de 1930, alli realisastes salutar reforma, fixando os quadros do funcionalismo, melhorando os vencimentos dos inspectores da capital e criando duas novas Delegacias de Saude, uma em Bauru, outra em Sorocaba."

"Mas a obra admiravel que coroa a vossa vida publica e enaltece a vossa personalidade é, sem duvida, a campanha contra o mal de Hansen, em São Paulo.

O hospital de Santo Angelo, inaugurado em 1928, abrigava oitocentos doentes. O Sanatorio Padre Bento, recém-inaugurado, necessitava de urgentes melhoramentos para bem satisfazer as suas finalidades. As obras de Cocoes estavam paralyzadas, o mesmo succedendo com as de Aymorés. O Leprosario de Pirapitinguy, localisado na fazenda "Tapera Grande", em Itu, posto que projectado, ainda não tinha visto as suas obras atacadas. As tristes e silenciosas caravanas de lazarus perambulavam pelas estradas de rodagem e esmolavam nas ruas das cidades. Os proprios bairros da capital eram visitados por esses infelizes, que vinham implorar obolos á caridade publica, para poder prover á sua minguada subsistencia; a imprensa clamava por providencias immediatas e as familias viviam sobresaltadas. Sem tecto e sem pão, os infelizes lazarus eram as criaturas mais desgraçadas deste mundo — na expressão dura mas verdadeira de Victor Heiser — porque eram evitados e temidos por toda parte.

O doloroso quadro que se depa-rava diante dos vossos olhos e as difficuldades da empresa não enfraqueceram os vossos propositos de resolver o nesso maior problema sanitario. Feitos os reparos necessarios e melhoradas as suas accommodações, foi o Sanatorio Padre Bento occupado pelos dcentes que residiam no infecto bairro do Guapira e outros que demandavam immediata inter-nação. A seguir, iniciastes as obras

em Pirapitinguy, que se transformou de aldeia em villa e hoje é uma authentica Hansenopolis, com uma perfeita organização administrativa, abrigando uma população superior a mil doentes, que alli vivem com todo o conforto, recebem esmerado tratamento medico, e usufruem carinhosa assistencia social. Organizado este leprosario, conquistastes as obras e ampliastes as accomodações de Cocaes, que hoje abriga quatrocentos doentes.

Quando absorvido nessa actividade febril fostes convidado para assumir a direcção da Secretaria da Educação e Saude Publica, primeiramente na inventoria do coronel Rabello e depois no governo do embaixador Pedro de Toledo, nem os pesados encargos dessa trabalhosa pasta esmoreceram a vossa acção contra o mal de Hansen. Pelo contrario, ao par de realisações notaveis, entre as quaes sobresae a criação da Comissão de Assistencia Social, impulsionastes ainda mais os servicos; criastes o Preventorio de Jacarehy, que já recolhe numerosos meninos, ora afastados dos perigos de um contagio quasi certo e obtivestes os fundos para a conclusão do Leprosario de Aymorés, onde, hoje, trezentos enfermos suavizam os seus soffrimentos. Reconduzido á direcção do nosso Serviço Sanitario, conseguistes a entrega do hospital de Santo Angelo á Inspectoria da Leprosaria, com vantagens para o serviço, porque as suas accomodações foram accrescidas de cento e quarenta leitos. Com os dispensarios em franca actividade; o censo quasi ultimado; a educação, propaganda e vigilancia sanitarias intensificadas; a maioria dos doentes contagiantes isolados e as novas obras em andamento, que deverão abrigar no decorrer do anno vindouro, todos os demais hansenianos existentes em nosso Estado, a ninguem mais é dado duvidar do exito desta patriótica cruzada. Hoje, decorridos pouco mais de dois annos, o scenario é bem outro; a tranquillidade voltou ao seio das familias; as estradas não mais são trilhadas nem as cidades visitadas pelas caravanas da dor e da miseria e os doentes, carinhosamente assistidos e animados pela esperança da cura, cobrem de bençãos os seus leaes e devotados protectores".

As bases da Fundação Paulista contra a Lepra. — Frisou o orador que, para completar essa grande obra prophylactica, mistér se torna incentivar, as pesquisas scientificas e dispensar uma assistencia social mais esmerada aos doentes e suas familias.

"Visando estes nobres objectivos, nenhum momento seria mais propicio do que este para o lançamento das bases da "Fundação Paulista contra a Lepra", instituição de cooperação privada que pretendemos organisar, nos moldes das suas poderosas similares estrangeiras, que já possuem modelares servicos de assistencia social e magnificos laboratorios, onde os leprologos empregam a sua preciosa actividade no arduo terreno das investigações scientificas sobre a lepra, molestia cuja etio-pathogenia não está ainda inteiramente desvendada e cujos processos therapeuticos, embora aperfeçoados, necessitam ser melhorados e completados para maior efficiencia do tratamento. A cooperação privada é util e necessaria. Nenhum de nós desconhece a proficua actividade da "Mission to Lepers" que desenvolve a sua acção em quinze paizes e mantem mais de setenta leprosarios, dispensando cuidadosa assistencia medico-social a mais de vinte mil doentes ou da "American Mission to Lepers", que mantem, em quarenta paizes, cerca de cento e cincoenta clinicas e trinta preventorios dispendendo a respeitavel somma de 300.000 dollores por anno. Da mesma forma, duas poderosas associações leigas prestam valiosos servicos a esta abnegada causa. Uma, a "British Empire Lepro and Relief Association", patrocinada pelo principe de Galles, mantem uma rede modelar de clinicas e leprosarios e publica a moderna revista "Leprosy Review", em directa collaboração com a escola de "Medicina Tropical de Calcutá"; outra, o "Leonard Wood Memorial for the Eradication of Leprosy", que visa a extincção da lepra nas Philippinas e no Extremo Oriente, — reuniu dois milhões de dollores em subscrição publica; construiu a moderna estação experimental de Cebu, onde gastou 400 mil dollores e se dedica, especialmente, ás pesquisas scientificas, sendo

secundada, na assistência social, pela Sociedade Pilippina de Luta contra a Lepra.

A "Fundação Paulista contra a Lepra" visa um duplo objectivo: primeiramente, a construção do "Instituto de Leprologia", destinado a estudos e investigações scientificas e, posteriormente, a organização de um perfeito serviço de assistência social, para proporcionar diversões e trabalho aos doentes e assistência ás familias necessitadas dos internados, ahí comprehendida a obra de preservação dos seus filhos e a assistência aos doentes que tiveram obtido a cura clinica nos leprosarios".

Depois o orador referiu-se á cooperação privada na luta contra a lepra, lembrando em seguida a projecção da carreira de leprologo do homenageado.

Agradecendo o Dr. Salles Gomes disse o seguinte:

"A leitura de livros, sobre assumptos que nos absorvem, pelo imprevisito das consequencias ou pelas difficuldades a escalar, dá, sempre, um termo de comparação, uma critica ou estimulo, uma lembrança, uma suggestão, uma advertencia, que bem colhida, sempre aproveita para a finalidade que se tem em mira.

Nas poucas paginas do notavel escriptor, que foi Xavier de Maistre, no muito pouco que escreveu, mas que lhe galardoou a fama justa de grande burilador das letras, o autor do "O leproso da cidade de Aosta", em um dialogo, colloca nas palavras do doente uma vida passada na solidão, que contrista não só pelo soffrimento physico e moral, mas ainda pela humilhação.

Para elle era uma alegria ouvir a saudação "Bom dia Leproso", que lhe dirigiam innocentes crianças, do portão de seu jardim, cuidadosamente tratado, attractivo para estes seres ainda não contaminados pela malicia humana e por elles não tocadas as suas flores, na defesa desses fugazes visitantes que lhe levavam o grande consolo de ouvir uma voz humana.

Sem parentes, sem amigos, só, palpitante por um punhado de felicidade, que no caso é o convívio social, gravando na retina a cidade

ao longe e as montanhas entre as nuvens, sonhando que o sol que os illumina é mais bello e vivificante que o que lhe toca por misericordia; sentindo o amor na espreita de um casal que entre beijos e afagos passa na estrada sob a sua vista; humilhado pela caridade desprezível, daquelles que como elle têm corpo e alma e que vivem sem o repudio dos seus semelhantes... nesta luta continua, entre o desespero e a resignação, passavam-se os dias e os annos, entre delirios e insomnias, sentindo todas as humilhações e soffrendo resignado o circulo cada vez mais apertado de um isolamento, em que até o cão, companheiro fiel e alegre, foi sacrificado por galgar as suas barreiras.

Nada mais sentimental e de uma profunda philosophia do que as palavras do "Leproso da cidade de Aosta", de Xavier de Maistre.

Ainda hontem, passei toda uma tarde, no convívio de quatro centenas de doentes no Sanatorio Padre Bento, e pela minha mente corria celere a descripção de Xavier de Maistre, mas num contraste frisante; em que a alegria, o garbo, a pujança, a musica, o esporte, dominavam completamente o ambiente. Se pudessemos descrever em palavras a alegria communicativa dos nossos doentes, se tivéssemos o dom do grande escriptor de que vos falei, ha pouco, para graphar o espectáculo social hontem assistido no encerramento do campeonato official de futebol, realiado entre os doentes dos nossos hospitaes, se tivéssemos palavras para enaltecer os vossos esforços, o vosso trabalho, a vossa dedicação na organização nova e humana de solidariedade para com os nossos irmãos, estamos certos de que escreveríamos a pagina mais brilhante, de tudo quanto se tem feito de benemerencia no Estado de São Paulo.

O esforço é vosso, a conquista é vossa, vós que tendes o contacto directo com os enfermos, vós que não os repudiastes, vós que soubestes encaminhar para uma solução humana, uma necessidade social, sois vós os obreiros desta campanha em que construistes um monumento e arrastastes pelos alicerces a falsa assistência aos hansenianos.

Elevastes um monumento, com a collaboração dos proprios enfermos e são elles memos que vos agradecem diariamente a vossa dedicação e se não bastassem todos estes titulos de benemerencia, mais um culmina com o lançamento da Fundação Paulista Contra a Lepra para coroar toda a bossa bondade.

Resta aos abastados um auxilio decisivo a esta ultima etapa da cam-

panha de prophylaxia da lepra, para tranquillidade da collectividade que dá ao Estado de S. Paulo a sua grandeza pelo seu trabalho".

O dr. Salles Gomes Junior recebeu, em seguida, os cumprimentos dos presentes e varios telegrammas de solidariedade e de sympathia. Foi offerecida ainda á sua excellentissima senhora uma riquissima corbelha de flores naturaes.

FERRO QUEVENNE

Para ANEMIA, CHLOROSE, DEBILIDADE. — Aprovado pela ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIZ. — O mais activo e economico, o unico FERRO INALTERAVEL nos paises quentes — Exigir o VERDADEIRO, com o SELLO AZUL da "Union des Fabricants. — 14, Rue des Beaux-Arts — PARIS.

CHLORO-ANEMIA

APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA de PARIS

Exigir os Verdadeiros

Pilulas e Xarope

BLANCARD

Marque de PARIS Assignatura e Etiqueta verde.

POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

DRAGEAS
GRANULADOS

PEPTALMINE

MAGNESIADA

CHOLAGOGO

PERTURBAÇÕES
HÉPATO-BILIARES
COLITOS

INSUFFICIENCIA
HÉPATICA
ENXAQUECAS

Laboratorio dos Productos SCIENTIA 21, rue Chaptal, Paris, 9^a.

**LABORATORIO ESPECIALIZADO
DE ANALYSES**

para Líquido cephalo-rachidiano

Punções atlóido-occipitais. Lipidól radiológico ascendente e descendente. Injeções de ar para ventriculographia. Injeções medicamentosas intra-rachidianas.



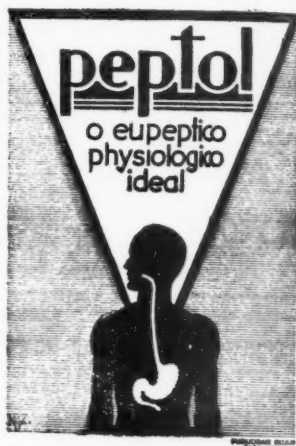
Dr. Oswaldo Lange

RUA SENADOR FEIJÓ N.º 1

5.º andar

Phone, 2-1331

SÃO PAULO



Quem experimentar



Nunca mais usará outro purgante

À venda em todas as Pharmacias

